

告示番号		45		免疫疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3	
病名		15 ICF 症候群										受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）													
生年月日		年 月 日						性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日									
現在の 身長・体重		身長 (測定日)	cm (SD)				体重 (測定日)	kg (SD)				BMI			
			年 月 日					年 月 日						肥満度	%
手帳取得状況		身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳	なし ・ あり					
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
最終受診日		(年 月 日)													
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり]													
	消化器	下痢：[なし ・ あり]													
	その他	眼間開離：[なし ・ あり] 耳介低位：[なし ・ あり] 巨舌：[なし ・ あり] 症状（その他）：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状	全身	体重増加不良：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり]													
	消化器	下痢：[なし ・ あり]													
	その他	眼間開離：[なし ・ あり] 耳介低位：[なし ・ あり] 巨舌：[なし ・ あり] 症状（その他）：()													
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘマトクリット (Ht)：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清IgG：()mg/dL 血清IgA：()mg/dL 血清IgM：()mg/dL 血清総IgE：()IU/mL IgGサブクラス：IgG1：()mg/dL IgG2：()mg/dL IgG3：()mg/dL IgG4：()mg/dL CH50：()U/mL 補体値（その他）：()														
	血液型：オモテ試験（赤血球抗原）：[未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもなし] ウラ試験（血清抗体）：[未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもなし ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり] 抗A、抗B抗体価：()														
リンパ球機能検査	リンパ球刺激試験：PHA反応：[未実施 ・ 実施] PHA反応（検査方法）：() PHA反応（測定値）：()cpm PHA反応（基準値）：()cpm PHA反応 SI (Stimulation index)：() リンパ球機能検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：()														
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析：CD4：()% CD8：()% T細胞 (%)：()% T細胞絶対数：()/μL B細胞 (%)：()% B細胞絶対数：()/μL NK細胞 (%)：()% NK細胞絶対数：()/μL 細胞表面抗原検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 所見：()														
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()														
感染症免疫学的 検査	麻疹ウイルス抗体価 (NT)：()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA)：()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgM (EIA)：()・未実施 EBV EBNA (EIA)：()・未実施 EBV VCA IgG (FA)：()倍・未実施 EBV VCA IgM (FA)：()倍・未実施 EBV EBNA (FA)：()倍・未実施 HIV 抗原・抗体測定：() 特異的抗体（その他）：()														
遺伝学的検査	染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()														
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 遺伝子名：()														
	DNA 変異：()														
	アミノ酸変異：() 蛋白発現検査：[未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]														

