

告示番号		51		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2	
病名	22 先天性角化異常症							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)						
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
最終受診日	(年 月 日)												
身体所見	小頭症 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]												
症状	全身	体重増加不良: [なし ・ あり]		発熱: [なし ・ あり]			リンパ節腫脹: [なし ・ あり]						
	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり] 性状: () 出血斑: [なし ・ あり] 色素脱失: [なし ・ あり] 網状色素沈着: [なし ・ あり] 口内炎: [なし ・ あり] 口腔粘膜白斑症: [なし ・ あり] 爪の萎縮: [なし ・ あり] 頭髪の消失、白髪: [なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	骨粗鬆症: [なし ・ あり]											
	消化器	肝腫: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]		下痢: [なし ・ あり]		食道狭窄: [なし ・ あり]					
	精神・神経	小脳性運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]											
	その他	歯牙異常: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
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 血清総ビリルビン (T-Bil): ()mg/dL AST: ()U/L ALT: ()U/L 血清IgG: ()mg/dL 血清総IgE: ()IU/mL 血清IgA: ()mg/dL 血清IgM: ()mg/dL				
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 (基準値): ()cpm		PHA反応 SI (Stimulation index): ()						
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								
骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()												
画像検査	CT検査 (胸部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()												
遺伝学的検査	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] テロメア長測定: ()SD												
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
合併症	合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()												
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()												

告示番号 **51** 免疫疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/2**

既往歴	アレルギー疾患:[なし ・ あり] 自己免疫疾患:[なし ・ あり] 悪性腫瘍:[なし ・ あり] 易感性:[なし ・ あり] 中耳炎:[なし ・ あり] 肺炎:[なし ・ あり] 皮膚膿瘍:[なし ・ あり] 皮膚粘膜カンジダ症:[なし ・ あり] ニューモシスチス肺炎:[なし ・ あり] ウイルス感染 (水痘・EBVなど)の重症化:[なし ・ あり] 抗酸菌感染:[なし ・ あり] 既往歴 (その他):()		
治療歴	入院加療を要する感染症:[なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上] 抗菌薬点滴静注を要する感染症:[なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上] ウイルス感染症の重症化:[なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上] 真菌感染症の重症化:[なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上]		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
薬物療法	ステロイド薬:[なし ・ あり] 免疫抑制薬:[なし ・ あり] 予防投与 (抗菌薬):[なし ・ あり] 予防投与 (抗真菌薬):[なし ・ あり] 予防投与 (抗ウイルス薬):[なし ・ あり] 補充療法:[なし ・ あり] 詳細:() 免疫グロブリン療法:[未実施 ・ 静注 ・ 皮下注] 用量:()g/週 アンドロゲン療法:[なし ・ あり]		
輸血療法	赤血球輸血:[なし ・ あり] 血小板輸血:[なし ・ あり]		
移植	造血幹細胞移植:[未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日:(年 月 日) ドナー:[血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞:[骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアレル一致度:[8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA抗原一致度:[完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去:[未実施 ・ 実施 ・ 不明] 前処置:()		
治療	治療 (その他):()		
今後の治療方針	今後の治療方針:() 治療見込み期間 (入院) 開始日:(年 月 日) 終了日:(年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日:(年 月 日) 終了日:(年 月 日) 通院頻度:()回/月		
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()		
医療機関・医師署名			
上記の通り診断します。			
医療機関名	記載年月日	年	月 日
医療機関所在地	診断年月日	年	月 日
電話番号	診療科		
	医師名		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
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