

告示番号		2		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		23 X連鎖無ガンマグロブリン血症								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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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]		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]		口内炎: [なし ・ あり]			
				筋・骨格		関節炎: [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]					
		その他		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]		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]		口内炎: [なし ・ あり]			
				筋・骨格		関節炎: [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]					
		その他		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IgG (トラフ値): ()mg/dL		血清IgA: ()mg/dL		血清IgM: ()mg/dL					
		血清総IgE: ()IU/mL											
リンパ球機能検査		IgGサブクラス: IgG1: ()mg/dL		IgG2: ()mg/dL		IgG3: ()mg/dL		IgG4: ()mg/dL					
		CH50: ()U/mL											
		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抗原どちらもない]											
		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抗体どちらもない ・ 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): ()					
細胞表面抗原検査		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											
骨髄検査		細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施]											
		所見: ()											
感染症疫学的 検査		骨髄検査: [未実施 ・ 実施]											
		実施日: (年 月 日)											
		所見: ()											
		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											
感染症疫学的 検査		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): ()											

