

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                             |  |                                         |                          |      |                      |                      |                      |                |               |                 |  |                                                                        |   |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--------------------------|------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------|---------------|-----------------|--|------------------------------------------------------------------------|---|
| 告示番号               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 44                                                                                          |  | 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                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 34 31から33までに掲げるもののほか、免疫調節障害                                                                 |  |                                         |                          |      |                      |                      |                      |                |               | 受付種別            |  | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><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（）<br>資格取得年月日 年 月 日                                        |  |                                         |                          |      |                      |                      |                      |                |               |                 |  |                                                                        |   |
| 氏名                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | (セイメイ)<br>(姓名)                                                                              |  |                                         |                          |      | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |                      |                      | (セイメイ)<br>(姓名) |               |                 |  |                                                                        |   |
| 住所                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 郵便番号（ー）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<br>身長・体重       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 身長<br>(測定日)                                                                                 |  | cm (SD)<br><br>年 月 日                    |                          |      | 体重<br>(測定日)          |                      | kg (SD)<br><br>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               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 治癒 ・ 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 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                             |  |                                         |                          |      |                      |                      |                      |                |               |                 |  |                                                                        |   |
| 具体的な疾病名            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ( )                                                                                         |  |                                         |                          |      |                      | 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：( )<br>出血斑：[ なし ・ あり ] 色素脱失：[ なし ・ あり ] 口内炎：[ なし ・ あり ] 毛髪の変異：[ 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 ] 腸炎：[ なし ・ あり ]                                |  |                                         |                          |      |                      |                      |                      |                |               |                 |  |                                                                        |   |
|                    | 精神・神経                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 小脳性運動失調：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 末梢神経障害：[ なし ・ あり ]                                                 |  |                                         |                          |      |                      |                      |                      |                |               |                 |  |                                                                        |   |
|                    | その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 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：( )%<br>好酸球：( )% 網赤血球：( )% 赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL<br>ヘマトクリット (Ht)：( )% 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 白血球巨大顆粒：[ なし ・ あり ]<br>血清IgG：( )mg/dL 血清IgA：( )mg/dL 血清IgM：( )mg/dL 血清総IgE：( )IU/mL<br>IgG1：( )mg/dL IgG2：( )mg/dL IgG3：( )mg/dL IgG4：( )mg/dL<br>CH50：( )U/mL<br>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 ]<br>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 ]<br>抗A、抗B抗体価：( )                                                                                                                                                                                     |                                                                                             |  |                                         |                          |      |                      |                      |                      |                |               |                 |  |                                                                        |   |
|                    | リンパ球刺激試験：PHA反応：[ 未実施 ・ 実施 ] PHA反応（検査方法）：( )<br>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 ]<br>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<br>B細胞(%)：( )% B細胞絶対数：( )/μL NK細胞(%)：( )% NK細胞絶対数：( )/μL<br>CD3+TCR α β + CD4-CD8-T細胞：( )%                                                                                                                                                                                             |                                                                                             |  |                                         |                          |      |                      |                      |                      |                |               |                 |  |                                                                        |   |
|                    | 細胞表面抗原検査（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                             |  |                                         |                          |      |                      |                      |                      |                |               |                 |  |                                                                        |   |
| 骨髄検査               | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                             |  |                                         |                          |      |                      |                      |                      |                |               |                 |  |                                                                        |   |
| 感染症疫学的<br>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<br>EBV VCA IgG（EIA）：( )・未実施 EBV VCA IgM（EIA）：( )・未実施 EBV EBNA（EIA）：( )・未実施<br>EBV VCA IgG（FA）：( )倍・未実施 EBV VCA IgM（FA）：( )倍・未実施 EBV EBNA（FA）：( )倍・未実施<br>HIV 抗原・抗体測定：( )<br>特異的抗体（その他）：( )                                                                                |                                                                                             |  |                                         |                          |      |                      |                      |                      |                |               |                 |  |                                                                        |   |
|                    | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 遺伝子名：( )<br>DNA変異：( )<br>アミノ酸変異：( )<br>蛋白発現検査：[ 未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損 ]<br>所見（その他）：( )                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                             |  |                                         |                          |      |                      |                      |                      |                |               |                 |  |                                                                        |   |

