

告示番号		10		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		35 重症先天性好中球減少症										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（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 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	慢性歯周炎（歯肉炎）：[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]				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	慢性歯周炎（歯肉炎）：[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：()%				好中球数の周期性変化：[なし ・ あり]									
		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				CH50：()U/mL					
リンパ球機能検査		抗好中球抗体：[未実施 ・ 実施]				所見：[陽性 ・ 陰性]									
		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													
		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：()															
病理検査		生検（感染部位）：[未実施 ・ 実施] 部位：()													
		所見：()													
		菌同定：[未実施 ・ 実施] 部位：() 菌名：()													
		同定方法：[培養 ・ PCR ・ その他] 所見（その他）：()													
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]													

