

告示番号		9		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	36 周期性好中球減少症							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 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															
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): ()										
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: ()%		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											
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: ()														
骨髄検査	骨髄検査: [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]														

