

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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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)				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)		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 (基準値): ()cpm		PHA反応 SI (Stimulation index): ()					
		PHA反応 (測定値): ()cpm											
		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]											

