

告示番号	13	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	38 白血球接着不全症				受付種別	<input type="checkbox"/> 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)		体重 (測定日)	kg ( SD)		
		年 月 日			年 月 日		BMI
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 ] □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 ] □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: ( )%		
	好酸球: ( )%		赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL		ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL		
	ヘマトクリット (Ht): ( )%		血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL				
	血清IgG: ( )mg/dL		血清IgA: ( )mg/dL		血清IgM: ( )mg/dL		
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: ( )							
顆粒球スクリーニング検査	好中球活性酸素産生能 (殺菌能): [ 未実施 ・ 実施 ]		方法: [ DHR-123法 ・ DCFH法 ・ その他 ]		結果: ( )%		
	NBT還元能: [ 未実施 ・ 実施 ]		対照: ( )%		患者結果: ( )%		
	好中球貪食能: [ 未実施 ・ 実施 ]		結果: ( )%				
	所見: ( )						
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 SI (Stimulation index): ( )		
	PHA反応 (測定値): ( )cpm		PHA反応 (基準値): ( )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		
	CD18: ( )		CD11b: ( )				
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: ( )							

告示番号 **13** 免疫疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/3**

遺伝学的検査: [ 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 ]

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: ( )% 赤血球数: ( )×10<sup>4</sup>/μL ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL  
 ヘマトクリット (Ht): ( )% 血小板数: ( )×10<sup>4</sup>/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: ( )

顆粒球スクリーニング検査  
 好中球活性酸素産生能 (殺菌能): [ 未実施 ・ 実施 ] 方法: [ DHR-123法 ・ DCFH法 ・ その他 ] 結果: ( )%  
 NBT還元能: [ 未実施 ・ 実施 ] 対照: ( )% 患者結果: ( )%  
 好中球貪食能: [ 未実施 ・ 実施 ] 結果: ( )%  
 所見: ( )  
 好中球遊走能: ( )  
 好中球粘着能: ( )

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  
 CD18: ( ) CD11b: ( )  
 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: ( )

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 ]

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症  
 合併症: [ なし ・ あり ]  
 詳細: ( )

家族歴  
 本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]  
 詳細: ( )

既往歴  
 アレルギー疾患: [ なし ・ あり ] 自己免疫疾患: [ なし ・ あり ] 悪性腫瘍: [ なし ・ あり ]  
 易感染性: [ なし ・ あり ] 中耳炎: [ なし ・ あり ] 肺炎: [ なし ・ あり ]  
 皮膚膿瘍: [ なし ・ あり ] 皮膚粘膜カンジダ症: [ なし ・ あり ] ニューモシスチス肺炎: [ なし ・ あり ]  
 ウイルス感染 (水痘・EBVなど)の重症化: [ なし ・ あり ] 抗酸菌感染: [ なし ・ あり ]  
 既往歴 (その他): ( )

治療歴  
 入院加療を要する感染症: [ なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上 ]  
 抗菌薬点滴静注を要する感染症: [ なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上 ]  
 ウイルス感染症の重症化: [ なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上 ]  
 真菌感染症の重症化: [ なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上 ]

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法  
 ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ]  
 予防投与 (抗菌薬): [ なし ・ あり ] 予防投与 (抗真菌薬): [ なし ・ あり ] 予防投与 (抗ウイルス薬): [ なし ・ あり ]  
 免疫グロブリン療法: [ 未実施 ・ 静注 ・ 皮下注 ] 用量: ( )g/週  
 補充療法: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )

遺伝子治療  
 遺伝子治療: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )

移植  
 造血幹細胞移植: [ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ] 実施日: ( 年 月 日 )  
 ドナー: [ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ] 移植細胞: [ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ]  
 HLAアレル一致度: [ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ]  
 HLA抗原一致度: [ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ] ex vivo細胞除去: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]  
 前処置: ( )

治療  
 治療 (その他): ( )

今後の治療方針  
 今後の治療方針: ( )  
 治療見込み期間 (入院) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 )  
 治療見込み期間 (外来) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 通院頻度: ( )回/月

就学・就労状況  
 就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校 (専攻科を含む) ・  
 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・  
 その他 ( )

医療機関・医師署名					
上記の通り診断します。					
医療機関名		記載年月日	年	月	日
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
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