

告示番号		14		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	40 慢性肉芽腫症							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)			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: ( ) 口内炎: [ なし ・ あり ] 膿痂疹・皮膚膿瘍: [ 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	びまん性肉芽腫: [ なし ・ あり ]			気道: [ なし ・ あり ]			消化器: [ なし ・ あり ]					
	尿路: [ なし ・ あり ] 部位 (その他): ( )			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: ( ) 口内炎: [ なし ・ あり ] 膿痂疹・皮膚膿瘍: [ 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	びまん性肉芽腫: [ なし ・ あり ]			気道: [ なし ・ あり ]			消化器: [ なし ・ あり ]					
	尿路: [ なし ・ あり ] 部位 (その他): ( )			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: ( )%		網赤血球: ( )%		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IgE: ( )IU/mL						
	血清IgA: ( )mg/dL		血清IgM: ( )mg/dL		CH50: ( )U/mL		補体値 (その他): ( )						
	末梢血塗抹 (ペルオキシダーゼ染色): [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )												
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: ( )%									
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: ( )							
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )												
	CGD病型: [ gp91phox欠損 ・ p22phox欠損 ・ p47phox欠損 ・ p67phox欠損 ・ p40phox欠損 ・ 不明 ]												
	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 ]												

告示番号 <b>14</b> 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
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: ( )% 網赤血球: ( )% 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 補体値 (その他): ( )	
	末梢血塗抹 (ペルオキシダーゼ染色): [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )	
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: ( )	
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: [ 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 ) CGD病型: [ gp91phox欠損 ・ p22phox欠損 ・ p47phox欠損 ・ p67phox欠損 ・ p40phox欠損 ・ 不明 ] 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 ] CGD腸炎/潰瘍性大腸炎: [ 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 ] 肺膿瘍: [ なし ・ あり ] 敗血症: [ なし ・ あり ] 骨髄炎: [ なし ・ あり ] 皮膚膿瘍: [ なし ・ あり ] 蜂窩織炎: [ なし ・ あり ] 肝膿瘍/脾膿瘍: [ なし ・ あり ] 肛門周囲膿瘍: [ なし ・ あり ] BCGによるリンパ節炎: [ なし ・ あり ] アスペルギルス肺炎: [ なし ・ あり ] カンジダ感染症: [ なし ・ あり ] ウイルス感染 (水痘・EBVなど)の重症化: [ なし ・ あり ] 既往歴 (その他): ( )	
治療歴	入院治療を要する感染症 (CGD): [ なし ・ 年1回以上 ・ 2年に1回以上かつ年1回未満 ・ 2年に1回未満 ] 抗菌薬点滴静注を要する感染症 (CGD): [ なし ・ 年1回以上 ・ 2年に1回以上かつ年1回未満 ・ 2年に1回未満 ] ウイルス感染症の重症化 (CGD): [ なし ・ 年1回以上 ・ 2年に1回以上かつ年1回未満 ・ 2年に1回未満 ] 真菌感染症の重症化 (CGD): [ なし ・ 年1回以上 ・ 2年に1回以上かつ年1回未満 ・ 2年に1回未満 ]	
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