

告示番号 14		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	40 慢性肉芽腫症			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 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		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: ()		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 (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 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
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: ()							
骨髓検査	骨髓検査: [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 **14** 免疫疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/2**

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	入院加療を要する感染症 (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アリル一致度: [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