

告示番号 <b>15</b>		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	<b>41 ミエロペルオキシダーゼ欠損症</b>			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	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 <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 ) 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: ( )					

告示番号 **15** 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**

既往歴	アレルギー疾患：[ なし ・ あり ] CGD 腸炎/潰瘍性大腸炎：[ なし ・ あり ] 肺炎：[ なし ・ あり ] 骨髄炎：[ なし ・ あり ] 肝膿瘍/脾膿瘍：[ なし ・ あり ] アスペルギルス肺炎：[ なし ・ あり ] 既往歴 (その他)：( )	自己免疫疾患：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 肺膿瘍：[ なし ・ あり ] 皮膚膿瘍：[ なし ・ あり ] 肛門周囲膿瘍：[ なし ・ あり ] カンジダ感染症：[ なし ・ あり ]	悪性腫瘍：[ なし ・ あり ] 中耳炎：[ なし ・ あり ] 敗血症：[ なし ・ あり ] 蜂窩織炎：[ なし ・ あり ] BCGによるリンパ節炎：[ なし ・ あり ] ウイルス感染 (水痘・EBVなど)の重症化：[ なし ・ あり ]
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 ] 予防投与 (抗菌薬)：[ 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