

告示番号	26	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	50 遺伝性血管性浮腫 (C1インヒビター欠損症)			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 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
	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
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	皮下浮腫・粘膜下浮腫: [なし ・ あり] □内炎: [なし ・ あり]		発疹: [なし ・ あり] 性状: ()
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]		
	呼吸器・循環器	喉頭浮腫: [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	腹痛: [なし ・ あり]	悪心: [なし ・ あり]	嘔吐: [なし ・ あり]
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	皮下浮腫・粘膜下浮腫: [なし ・ あり] □内炎: [なし ・ あり]		発疹: [なし ・ あり] 性状: ()
	筋・骨格	関節炎: [なし ・ あり]		
	呼吸器・循環器	喉頭浮腫: [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	腹痛: [なし ・ あり]	悪心: [なし ・ あり]	嘔吐: [なし ・ あり]
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 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL
血液検査	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IgE: ()IU/mL	IgG1: ()mg/dL	IgG2: ()mg/dL
血液検査	IgG3: ()mg/dL	IgG4: ()mg/dL	IgG3: ()mg/dL	IgG4: ()mg/dL
	C3: ()mg/dL	C4: ()mg/dL	CH50: ()U/mL	抗核抗体: ()倍・未実施
血液検査	C1インヒビター抗原: [未実施 ・ 正常 ・ 低下]		C1インヒビター活性: ()%	
血液検査	補体値 (その他): ()			
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
細胞表面抗原検査	細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施]			
細胞表面抗原検査	所見: ()			
尿検査	血尿: [なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿]		蛋白尿: [なし ・ あり]	
感染症免疫学的検査	麻疹ウイルス抗体価 (NT): ()倍・未実施	麻疹ウイルス抗体価 (PA): ()倍・未実施		
	麻疹ウイルスIgG (EIA): ()・未実施	EBV VCA IgG (EIA): ()・未実施		
	EBV VCA IgM (EIA): ()・未実施	EBV EBNA (EIA): ()・未実施		
	EBV VCA IgG (FA): ()倍・未実施	EBV VCA IgM (FA): ()倍・未実施		
	EBV EBNA (FA): ()倍・未実施	特異的抗体 (その他): ()		
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施]		部位: ()	
画像検査	所見: ()			

告示番号 **26** 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	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]		
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 IgG1: ()mg/dL IgG2: ()mg/dL IgG3: ()mg/dL IgG4: ()mg/dL C3: ()mg/dL C4: ()mg/dL CH50: ()U/mL 抗核抗体: ()倍・未実施 C1インヒビター抗原: [未実施 ・ 正常 ・ 低下] C1インヒビター活性: ()% 補体値 (その他): ()		
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 細胞表面抗原検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()		
尿検査	血尿: [なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 蛋白尿: [なし ・ あり]		
感染症免疫学的検査	麻疹ウイルス抗体価 (NT): ()倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA): ()倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgG (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgM (EIA): ()・未実施 EBV EBNA (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgG (FA): ()倍・未実施 EBV VCA IgM (FA): ()倍・未実施 EBV EBNA (FA): ()倍・未実施 特異的抗体 (その他): ()		
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 部位: () 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] 既往歴 (その他): ()		
治療歴	入院加療を要する浮腫: [なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上]		
発症年齢	発症年齢: ()歳		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
薬物療法	トラネキサム酸: [なし ・ あり] 蛋白同化ホルモン: [なし ・ あり] ステロイド薬: [なし ・ あり] 免疫抑制薬: [なし ・ あり] C1-INH製剤: [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 薬物療法 (その他): ()		
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: [骨髓 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアリール一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下] 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