

告示番号 **26** 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	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"/> 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)	
	年 月 日	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	皮下浮腫・粘膜下浮腫: [なし ・ あり]		口内炎: [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 (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		
リンパ球機能検査	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: ()						

告示番号 **26** 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**

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