

|                                         |  |                                                                                                                              |  |                                                                                                     |  |                               |  |                                   |  |                        |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|--|-----------------------------------|--|------------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |  | 18                                                                                                                           |  | 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                                      |  | 52 好酸球増加症                                                                                                                    |  |                                                                                                     |  |                               |  |                                   |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                              |  |                                                                                                     |  |                               |  |                                   |  |                        |  |                             |  |               |  |   |  |
| 氏名                                      |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                |  |                                                                                                     |  |                               |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)              |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |  | 身長<br>(測定日)                                                                                                                  |  | cm ( SD)                                                                                            |  |                               |  | 体重<br>(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 ] 全身倦怠感: [ 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: ( )<br>口内炎: [ なし ・ あり ]                                                         |  |                               |  |                                   |  |                        |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 筋・骨格                                                                                                                         |  | 関節炎: [ なし ・ あり ]                                                                                    |  |                               |  |                                   |  |                        |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 呼吸器・循環器                                                                                                                      |  | 心不全: [ 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 ] 腹痛: [ なし ・ あり ]<br>悪心: [ なし ・ あり ] 嘔吐: [ なし ・ あり ] |  |                               |  |                                   |  |                        |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | その他                                                                                                                          |  | 胸水: [ なし ・ あり ] 腹水: [ なし ・ あり ]<br>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 ] 全身倦怠感: [ 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: ( )<br>口内炎: [ なし ・ あり ]                                                         |  |                               |  |                                   |  |                        |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 筋・骨格                                                                                                                         |  | 関節炎: [ なし ・ あり ]                                                                                    |  |                               |  |                                   |  |                        |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 呼吸器・循環器                                                                                                                      |  | 心不全: [ 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 ] 腹痛: [ なし ・ あり ]<br>悪心: [ なし ・ あり ] 嘔吐: [ なし ・ あり ] |  |                               |  |                                   |  |                        |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | その他                                                                                                                          |  | 胸水: [ なし ・ あり ] 腹水: [ なし ・ あり ]<br>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: ( )%                                                                                                                    |  | 好酸球絶対数: ( )/μL                                                                                      |  | 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                  |  |                        |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | IgG1: ( )mg/dL                                                                                                               |  | IgG2: ( )mg/dL                                                                                      |  | IgG3: ( )mg/dL                |  | IgG4: ( )mg/dL                    |  |                        |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | CH50: ( )U/mL                                                                                                                |  |                                                                                                     |  |                               |  |                                   |  |                        |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 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 (基準値): ( )cpm           |  | PHA反応 SI (Stimulation index): ( ) |  |                        |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | PHA反応 (測定値): ( )cpm                                                                                                          |  |                                                                                                     |  |                               |  |                                   |  |                        |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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<br>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 ]<br>所見: ( )                                                                                      |  |                                                                                                     |  |                               |  |                                   |  |                        |  |                             |  |               |  |   |  |
| 病理検査                                    |  | 生検: [ 未実施 ・ 実施 ]                                                                                                             |  |                                                                                                     |  | 生検組織の好酸球浸潤: [ なし ・ あり ]       |  |                                   |  |                        |  |                             |  |               |  |   |  |
| 画像検査                                    |  | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]                                                                                                           |  |                                                                                                     |  | 実施日: ( 年 月 日 )                |  |                                   |  |                        |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 所見: ( )                                                                                                                      |  |                                                                                                     |  |                               |  |                                   |  |                        |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 内視鏡検査: [ 未実施 ・ 実施 ]                                                                                                          |  |                                                                                                     |  | 実施日: ( 年 月 日 )                |  |                                   |  | 部位: ( )                |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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 ]                                                                                               |  |                                                                                                     |  |                               |  |                                   |  |                        |  |                             |  |               |  |   |  |



