

告示番号		18		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/3		
病名		52 好酸球増加症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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						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 (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] 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：() 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] 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] 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：()% 好酸球絶対数：()/μL 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 CH50：()U/mL													
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：()													
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：() 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]													

