

告示番号	40	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	53 慢性活動性EBウイルス感染症			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 日		記載時の年齢 満 歳 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	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: ()		
	消化器	肝腫: [なし ・ あり] 脾腫大: [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	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: ()		
	消化器	肝腫: [なし ・ あり] 脾腫大: [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
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 (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: ()			
骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()			
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 EA IgG (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
	EBV EA IgG (FA): ()倍 ・ 未実施	EBウイルスDNA定量 (血液): ()copy/μgDNA		
遺伝学的検査	EBウイルス感染細胞: [未実施 ・ T細胞 ・ NK細胞 ・ 不明] 特異的抗体 (その他): ()			
	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]			

告示番号 **40** 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**

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: ()% 好酸球: ()% ヘマトクリット (Ht): ()% 血清IgG: ()mg/dL IgG1: ()mg/dL CH50: ()U/mL	リンパ球: ()% 網赤血球: ()% 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清IgA: ()mg/dL IgG2: ()mg/dL	リンパ球: ()% 単球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 血清IgM: ()mg/dL 血清IgE: ()IU/mL IgG3: ()mg/dL IgG4: ()mg/dL
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 (測定値): ()cpm	PHA反応 (検査方法): () PHA反応 (基準値): ()cpm	PHA反応 SI (Stimulation index): ()
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: CD4: ()% B細胞 (%): ()%	CD8: ()% B細胞絶対数: ()/μL	T細胞 (%): ()% NK細胞 (%): ()% T細胞絶対数: ()/μL NK細胞絶対数: ()/μL
骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	所見: ()	
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IgG (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgG (EIA): ()・未実施 EBV EA IgG (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgG (FA): ()倍・未実施 EBV EA IgG (FA): ()倍・未実施 EBウイルスDNA定量 (血液): ()copy/μgDNA	麻疹ウイルス抗体価 (PA): ()倍・未実施 EBV VCA IgM (EIA): ()・未実施 EBV EA IgG (EIA): ()・未実施 EBV VCA IgM (FA): ()倍・未実施	EBV EBNA (EIA): ()・未実施 EBV EBNA (FA): ()倍・未実施 EBウイルス感染細胞: [未実施 ・ T細胞 ・ NK細胞 ・ 不明]
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] DNA変異: () アミノ酸変異: () 蛋白発現検査: [未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損]	実施日: (年 月 日)	遺伝子名: ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載			
合併症	多臓器不全: [なし ・ あり] 蚊刺過敏症: [なし ・ あり] 間質性腎炎: [なし ・ あり] 合併症 (その他): ()	血球貪食症候群: [なし ・ あり] 種痘様水疱症: [なし ・ あり] 肝動脈瘤: [なし ・ あり]	悪性リンパ腫: [なし ・ あり] 間質性肺炎: [なし ・ あり] ぶどう膜炎: [なし ・ あり]
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] EBV関連血球貪食性リンパ組織球症: [なし ・ あり] 中耳炎: [なし ・ あり] 皮膚粘膜カンジダ症: [なし ・ あり] 抗酸菌感染: [なし ・ あり] 既往歴 (その他): ()	自己免疫疾患: [なし ・ あり] 肺炎: [なし ・ あり] ニューモシスチス肺炎: [なし ・ あり]	悪性腫瘍: [なし ・ あり] 易感染性: [なし ・ あり] 皮膚腫瘍: [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: [なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上] 抗菌薬点滴静注を要する感染症: [なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上] ウイルス感染症の重症化: [なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上] 真菌感染症の重症化: [なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上]		
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 (抗真菌薬): [なし ・ あり] IL-2療法: [なし ・ あり] 免疫グロブリン療法: [未実施 ・ 静注 ・ 皮下注] 補充療法: [なし ・ あり] 詳細: ()	免疫抑制薬: [なし ・ あり] 予防投与 (抗ウイルス薬): [なし ・ あり] 抗腫瘍薬: [なし ・ あり] 用量: ()g/週	予防投与 (抗菌薬): [なし ・ あり] IFN-α療法: [なし ・ あり] 免疫グロブリン大量療法: [なし ・ あり]
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] ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 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] 前処置: ()	実施日: (年 月 日) 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]	ex vivo細胞除去: [未実施 ・ 実施 ・ 不明]
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