

告示番号 40		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	53 慢性活動性EBウイルス感染症			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		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	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 (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		
	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: ()					
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		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]					

告示番号 **40** 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**

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]
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]
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]	
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
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アリール一致度: [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: ()	
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