

告示番号		19		免疫疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/4	
病名	54 後天性免疫不全症候群 (HIV感染によるものに限る。)							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	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 (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]			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: ()			色素脱失: [なし ・ あり]			口内炎: [なし ・ あり]					
	筋・骨格	関節炎: [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	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]			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: ()			色素脱失: [なし ・ あり]			口内炎: [なし ・ あり]					
	筋・骨格	関節炎: [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	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									
	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									
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: ()												
感染症免疫学的検査	HIV-1、2抗原・抗体同時測定定性 (HIV-1+2抗体・p24抗原): [陰性 ・ 陽性]												
	HIV-1抗体 (ウエスタンブロット法): ()			HIV-1抗体 (ウエスタンブロット法): ()倍									
	HIV-2抗体 (ウエスタンブロット法): ()			HIV-2抗体 (ウエスタンブロット法): ()倍									
	HIV-1核酸定量: ()copy/mL												
	特異的抗体 (その他): ()												
指標疾患	カンジダ症 (食道、気管、気管支、肺): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日)												
	診断法及び所見: ()												
	クリプトコッカス症 (肺以外): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日)												
	診断法及び所見: ()												
	コクシジオイデス症: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日)												
	診断法及び所見: ()												
	ヒストプラズマ症: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日)												
	診断法及び所見: ()												

告示番号 **19** 免疫疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/4**

指標疾患	ニューモシスティス肺炎: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()
	トキソプラズマ脳症 (生後1か月以後): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()
	クリプトスポリジウム症 (1か月以上続く下痢を伴ったもの): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()
	イソスポラ症 (1か月以上続く下痢を伴ったもの): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()
	化膿性細菌感染症: [なし ・ あり] 発症日: (年 月 日) 部位及び病原菌: ()
	サルモネラ菌血症 (再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く): [なし ・ あり] 発症日: (年 月 日)
	活動性結核 (肺結核又は肺外結核): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()
	非結核性抗酸菌症: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()
	サイトメガロウイルス感染症 (生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()
	単純ヘルペスウイルス感染症: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()
	進行性多巣性白質脳症: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()
	カポジ肉腫: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()
	原発性脳リンパ腫: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()
	非ホジキンリンパ腫: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 浸潤性子宮頸癌: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 反復性肺炎: [なし ・ あり] 発症日: (年 月 日)
	リンパ性間質性肺炎/肺リンパ過形成 (13歳未満): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()
	HIV 脳症 (認知症又は亜急性性脳炎): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()
HIV 消耗性症候群 (全身衰弱又はスリム病): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日)	
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
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: ()
感染症免疫学的検査	HIV-1、2抗原・抗体同時測定定性 (HIV-1+2抗体・p24抗原): [陰性 ・ 陽性] HIV-1抗体 (ウエスタンブロット法): () HIV-1抗体 (ウエスタンブロット法): ()倍 HIV-2抗体 (ウエスタンブロット法): () HIV-2抗体 (ウエスタンブロット法): ()倍 HIV-1核酸定量: ()copy/mL 特異的抗体 (その他): ()
指標疾患	カンジダ症 (食道、気管、気管支、肺): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()
	クリプトコッカス症 (肺以外): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()
	コクシジオイデス症: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()
	ヒストプラズマ症: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()
	ニューモシスティス肺炎: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()
	トキソプラズマ脳症 (生後1か月以後): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()
クリプトスポリジウム症 (1か月以上続く下痢を伴ったもの): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()	

告示番号	19	免疫疾患 ()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	3/4
指標疾患	イソパラ症 (1か月以上続く下痢を伴ったもの): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()				
	化膿性細菌感染症: [なし ・ あり] 発症日: (年 月 日) 部位及び病原菌: ()				
	サルモネラ菌血症 (再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く): [なし ・ あり] 発症日: (年 月 日)				
	活動性結核 (肺結核又は肺外結核): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()				
	非結核性抗酸菌症: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()				
	サイトメガロウイルス感染症 (生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()				
	単純ヘルペスウイルス感染症: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()				
	進行性多巣性白質脳症: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()				
	カボジ肉腫: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()				
	原発性脳リンパ腫: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()				
	非ホジキンリンパ腫: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 浸潤性子宮頸癌: [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 反復性肺炎: [なし ・ あり] 発症日: (年 月 日)				
	リンパ性間質性肺炎/肺リンパ過形成 (13歳未満): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()				
	HIV 脳症 (認知症又は亜急性脳炎): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日) 診断法及び所見: ()				
	HIV 消耗性症候群 (全身衰弱又はスリム病): [なし ・ あり] 診断日: (年 月 日)				
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] 中耳炎: [なし ・ あり] 肺炎: [なし ・ あり] 皮膚膿瘍: [なし ・ あり] 皮膚粘膜カンジダ症: [なし ・ あり] ニューモシスチス肺炎: [なし ・ あり] ウイルス感染 (水痘・EBVなど) の重症化: [なし ・ あり] 抗酸菌感染: [なし ・ あり] 既往歴 (その他): ()				
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] 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 予防投与 (抗菌薬): [なし ・ あり] 予防投与 (抗真菌薬): [なし ・ あり] 予防投与 (抗ウイルス薬): [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 補充療法: [なし ・ あり] 詳細: ()				
遺伝子治療	遺伝子治療: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)				
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