

告示番号 **19** 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	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"/> 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		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	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 (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: ( )%		
	ヘマトクリット (Ht): ( )%	網赤血球: ( )%	赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL	ヘモグロビン (Hb): ( )g/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 (基準値): ( )cpm			
	PHA反応 (測定値): ( )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: ( )% 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						
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				
指標疾患	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						
指標疾患	特異的抗体 (その他): ( )						
	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 (継続申請用)	2/3
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 ( )				

<b>告示番号</b>	<b>19</b>	<b>免疫疾患</b>	( )	<b>年度</b>	( )	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)</b>	<b>3/3</b>
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