

|                      |  |                                                                                                                                                            |  |                                                                                  |  |                                                                             |  |                                                                                  |  |                                                 |  |                                                                                                     |  |
|----------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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                                            |  | <div><input type="checkbox"/> 継続      転出実施主体名</div> <div><input type="checkbox"/> 転入    → ( )</div> |  |
| 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 ( )<br>資格取得年月日                      年                      月                      日                             |  |                                                                                  |  |                                                                             |  |                                                                                  |  |                                                 |  |                                                                                                     |  |
| 氏名                   |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                              |  |                                                                                  |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)                                                        |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重         |  | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                |  | cm (                      SD)<br>年                      月                      日 |  | 体重<br>(測定日)                                                                 |  | kg (                      SD)<br>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                                            |  | 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: (                      )%                                                                                                                             |  | 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             |  | ヘマトクリット (Ht): (                      )%                                                                                                                    |  | 血小板数: (                      )×10 <sup>4</sup> /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): (                      )                          |  |                                                 |  |                                                                                                     |  |
| 細胞表面抗原検査             |  | PHA 反応 (測定値): (                      )cpm                                                                                                                  |  |                                                                                  |  |                                                                             |  |                                                                                  |  |                                                 |  |                                                                                                     |  |
|                      |  | リンパ球機能検査 (その他): [    未実施    ・    実施    ]                                                                                                                   |  | 所見: (                                      )                                     |  |                                                                             |  |                                                                                  |  |                                                 |  |                                                                                                     |  |
| 感染症免疫学的<br>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: (                                      )                                     |  |                                                                             |  |                                                                                  |  |                                                 |  |                                                                                                     |  |
| 指標疾患                 |  | 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-2抗体 (ウエスタンブロット法): (                      )                                                                                                             |  | 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: (                                      )                                                                                                          |  |                                                                                  |  |                                                                             |  |                                                                                  |  |                                                 |  |                                                                                                     |  |
| 指標疾患                 |  | 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: (                                      )                                                                                                          |  |                                                                                  |  |                                                                             |  |                                                                                  |  |                                                 |  |                                                                                                     |  |
| 指標疾患                 |  | 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: (                                      )                                                                                                          |  |                                                                                  |  |                                                                             |  |                                                                                  |  |                                                 |  |                                                                                                     |  |
| 指標疾患                 |  | 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: (                                      )                                                                                                          |  |                                                                                  |  |                                                                             |  |                                                                                  |  |                                                 |  |                                                                                                     |  |



