

告示番号 **39** 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	<b>56 慢性移植片対宿主病</b>			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		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	発熱: [ なし ・ あり ]					
	皮膚・粘膜	発疹: [ なし ・ あり ] 性状: ( )		硬化性皮膚病変: [ なし ・ あり ]		多型皮膚萎縮: [ なし ・ あり ]	
		色素脱失: [ なし ・ あり ]		爪の異常 (萎縮、変形など): [ なし ・ あり ]		頭皮、体毛の異常: [ なし ・ あり ]	
		口内炎: [ なし ・ あり ]					
	筋・骨格	関節拘縮: [ なし ・ あり ]		筋膜炎: [ なし ・ あり ]			
	消化器	食道狭窄: [ なし ・ あり ]		食道ウェブ: [ なし ・ あり ]			
眼	乾燥性結膜炎: [ なし ・ あり ]						
その他	口腔乾燥症: [ なし ・ あり ]		生殖器の病変 (扁平苔癬様、萎縮、びらんなど): [ なし ・ あり ]				
	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 ]					
	皮膚・粘膜	発疹: [ なし ・ あり ] 性状: ( )		硬化性皮膚病変: [ なし ・ あり ]		多型皮膚萎縮: [ なし ・ あり ]	
		色素脱失: [ なし ・ あり ]		爪の異常 (萎縮、変形など): [ なし ・ あり ]		頭皮、体毛の異常: [ なし ・ あり ]	
		口内炎: [ なし ・ あり ]					
	筋・骨格	関節拘縮: [ なし ・ あり ]		筋膜炎: [ なし ・ あり ]			
	消化器	食道狭窄: [ なし ・ あり ]		食道ウェブ: [ なし ・ あり ]			
眼	乾燥性結膜炎: [ なし ・ あり ]						
その他	口腔乾燥症: [ なし ・ あり ]		生殖器の病変 (扁平苔癬様、萎縮、びらんなど): [ なし ・ あり ]				
	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 <sup>4</sup> /μL				
	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL	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			
	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		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: ( )						
病理検査	唾液腺生検: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )					
	所見: ( )						
唾液腺・涙腺分泌検査	ガムテスト: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )		結果: ( )mL/10分			
	シルマーテスト: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]	実施日: ( 年 月 日 )		シルマーテスト (左眼): ( )mm/5分			
	シルマーテスト (右眼): ( )mm/5分						
生理機能検査	呼吸機能検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )					
	%FEV1: ( )%	FEV1/FVC比: ( )					
	所見 (その他): ( )						

告示番号 **39** 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**

画像検査	CT検査 (胸部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )		
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 ]		
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 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 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 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: ( )		
病理検査	唾液腺生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )		
唾液腺・ 涙腺分泌検査	ガムテスト: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 結果: ( )mL/10分 シルマーテスト: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 実施日: ( 年 月 日 ) シルマーテスト (右眼): ( )mm/5分 シルマーテスト (左眼): ( )mm/5分		
生理機能検査	呼吸機能検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) %FEV1: ( )% FEV1/FVC比: ( ) 所見 (その他): ( )		
画像検査	CT検査 (胸部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )		
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 ]		
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: ( )		
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: ( )		
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: [ 骨髓 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 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 ] 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: ( ) 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