

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		56 慢性移植片対宿主病								受付種別		☐ 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		発熱：[なし ・ あり]													
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 性状：() 色素脱失：[なし ・ あり] 硬化性皮膚病変：[なし ・ あり] 多型皮膚萎縮：[なし ・ あり] 口内炎：[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]													
				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：() 色素脱失：[なし ・ あり] 硬化性皮膚病変：[なし ・ あり] 多型皮膚萎縮：[なし ・ あり] 口内炎：[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]													
				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 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：()															
		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：()															
		唾液腺生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)															
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)：()															

