

|                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                       |  |                         |  |                    |  |                        |  |                                                                                                     |  |
|----------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|--------------------|--|------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 告示番号                 |  | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 免疫疾患                                                                                                                                  |  | ( )                     |  | 年度                 |  | 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) |  | 1/2                                                                                                 |  |
| 病名                   |  | 23 X連鎖無ガンマグロブリン血症                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                       |  |                         |  |                    |  | 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 (      )<br>SD)                                                                                                                    |  | 体重<br>(測定日)             |  | kg (      )<br>SD) |  | 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: (      )<br>出血斑: [      なし ・ あり      ]      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: (      )%<br>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<br>ヘマトクリット (Ht): (      )%      血小板数: (      )×10 <sup>4</sup> /μL<br>血清IgG: (      )mg/dL      血清IgG (トーフ値): (      )mg/dL      血清IgA: (      )mg/dL      血清IgM: (      )mg/dL<br>血清総IgE: (      )IU/mL<br>IgGサブクラス: IgG1: (      )mg/dL      IgG2: (      )mg/dL      IgG3: (      )mg/dL      IgG4: (      )mg/dL<br>CH50: (      )U/mL |  |                                                                                                                                       |  |                         |  |                    |  |                        |  |                                                                                                     |  |
|                      |  | 血液型: オモテ試験 (赤血球抗原): [      未実施 ・ A抗原 ・ B抗原 ・ A抗原とB抗原の両方あり ・ A抗原、B抗原どちらもない      ]<br>ウラ試験 (血清抗体): [      未実施 ・ 抗B抗体 ・ 抗A抗体 ・ 抗A抗体、抗B抗体どちらもない ・ 抗A抗体と抗B抗体の両方あり      ]<br>抗A、抗B抗体価: (      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                       |  |                         |  |                    |  |                        |  |                                                                                                     |  |
|                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                       |  |                         |  |                    |  |                        |  |                                                                                                     |  |
| 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): (      )<br>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      ]<br>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<br>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      ]<br>所見: (      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                       |  |                         |  |                    |  |                        |  |                                                                                                     |  |
| 骨髓検査                 |  | 骨髓検査: [      未実施 ・ 実施      ]      実施日: (      年      月      日      )<br>所見: (      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                       |  |                         |  |                    |  |                        |  |                                                                                                     |  |
| 感染症免疫学的検査            |  | 麻疹ウイルス抗体価 (NT): (      )倍・未実施      麻疹ウイルス抗体価 (PA): (      )倍・未実施      麻疹ウイルスIgG (EIA): (      )・未実施<br>EBV VCA IgG (EIA): (      )・未実施      EBV VCA IgM (EIA): (      )・未実施      EBV EBNA (EIA): (      )・未実施<br>EBV VCA IgG (FA): (      )倍・未実施      EBV VCA IgM (FA): (      )倍・未実施      EBV EBNA (FA): (      )倍・未実施<br>HIV 抗原・抗体測定: (      )<br>特異的抗体 (その他): (      )                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                       |  |                         |  |                    |  |                        |  |                                                                                                     |  |
| 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: (      )<br>DNA変異: (      )<br>アミノ酸変異: (      )<br>蛋白発現検査: [      未実施 ・ 正常 ・ 減少 ・ 欠損      ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                       |  |                         |  |                    |  |                        |  |                                                                                                     |  |

