

告示番号		27		血液疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/2									
病名		21 真性多血症										受付種別		<input type="checkbox"/> 新規									
受給者番号				受診日		年		月		日													
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)																
生年月日		年		月		日		意見書記載時の年齢		歳		か月		日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重				g		出生週数		在胎		週		日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県		( ) 市区町村					
現在の身長・体重		身長 (測定日)		cm ( SD)				体重 (測定日)		kg ( SD)				BMI		肥満度							
				年		月				日		年								月		日	
発病時期		年		月		頃		初診日		年		月		日									
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 ( )																					
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																							
症状		皮膚・粘膜		出血斑：[ なし ・ あり ]										紫斑：[ なし ・ あり ]									
		消化器		黄疸：[ なし ・ あり ]										肝腫大：[ なし ・ あり ]								脾腫大：[ なし ・ あり ]	
		精神・神経		神経症状：[ なし ・ あり ]																			
		呼吸器・循環器		呼吸障害：[ なし ・ あり ]																			
		その他		症状 (その他)：( )																			
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																							
症状		皮膚・粘膜		出血斑：[ なし ・ あり ]										紫斑：[ なし ・ あり ]									
		消化器		黄疸：[ なし ・ あり ]										肝腫大：[ なし ・ あり ]								脾腫大：[ なし ・ あり ]	
		精神・神経		神経症状：[ なし ・ あり ]																			
		呼吸器・循環器		呼吸障害：[ なし ・ あり ]																			
		その他		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 平均赤血球容積 (MCV)：( )fL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：( )mg/dL LDH：( )U/L 血清鉄 (Fe)：( )mg/dL フェリチン：( )ng/mL・未実施 TIBC：( )mg/dL UIBC：( )μg/dL 葉酸：( )ng/mL ビタミンB <sub>12</sub> ：( )pg/mL エリスロポイエチン：( )mIU/mL・未実施																					
		末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ] 所見：( )																					
骨髓検査		骨髓検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 赤芽球系：( )% 顆粒球系：( )% 単球系：( )% リンパ球系：( )% 芽球系：( )% 有核細胞数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 内因性赤芽球コロニー形成：[ なし ・ あり ]																					
画像検査		超音波検査 (肝・脾)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )																					
遺伝学的検査		染色体検査 (骨髓)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )																					
		染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )																					
		遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) Jak2V617F 遺伝子異常：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 遺伝子異常 (その他)：( )																					
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：( )																					

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号

27

血液疾患

( )

年度

小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

2/2

検査所見（申請時） ※直近の状況を記載								
血液検査	<div>白血球数：( )/μL      好中球：( )%      リンパ球：( )%      単球：( )%</div> <div>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</div> <div>平均赤血球容積（MCV）：( )fL      血小板数：( )×10<sup>4</sup>/μL</div> <div>血清直接ビリルビン（D-Bil）：( )mg/dL      LDH：( )U/L</div> <div>血清鉄（Fe）：( )mg/dL      フェリチン：( )ng/mL・未実施      TIBC：( )mg/dL      UIBC：( )μg/dL</div> <div>葉酸：( )ng/mL      ビタミンB<sub>12</sub>：( )pg/mL</div>							
骨髓検査	<div>骨髓検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(    年    月    日 )</div> <div>所見：( )</div>							
画像検査	<div>超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(    年    月    日 )</div> <div>所見：( )</div>							
遺伝学的検査	<div>染色体検査（骨髓）：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(    年    月    日 )</div> <div>所見：( )</div>							
	<div>染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(    年    月    日 )</div> <div>所見：( )</div>							
	<div>遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(    年    月    日 )      Jak2V617F遺伝子異常：[ なし ・ あり ・ 不明 ]</div> <div>遺伝子異常（その他）：( )</div>							
検査所見（その他）	検査所見（その他）：( )							
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載								
合併症	<div>合併症：[ なし ・ あり ]</div> <div>詳細：( )</div>							
既往歴	入院加療を要する感染症：[ なし ・ あり ]							
経過（申請時） ※直近の状況を記載								
薬物療法	<div>補充療法：[ なし ・ あり ]    薬剤名：( )</div> <div>抗腫瘍薬：[ なし ・ あり ]    薬剤名：( )</div> <div>抗凝固療法：[ なし ・ あり ]    薬剤名：( )</div> <div>除鉄剤：[ なし ・ あり ]</div>							
	<div>抗体薬／分子標的薬：[ なし ・ あり ]    薬剤名：( )</div> <div>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]</div>							
手術	<div>脾摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]      実施日：(    年    月    日 )</div> <div>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]</div> <div>手術（その他）：( )</div>							
移植	<div>造血幹細胞移植：[ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ]      実施日：(    年    月    日 )</div> <div>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 ]</div> <div>HLAアレル一致度：[ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ]</div> <div>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 ]</div> <div>前処置：( )</div>							
治療	治療（その他）：( )							
治療状況	<div>現在の治療状況：[ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ]</div> <div>現在の治療状況（その他）：( )</div>							
今後の治療方針	今後の治療方針：( )							
	<div>治療見込み期間（入院）    開始日：(    年    月    日 )    終了日：(    年    月    日 )</div> <div>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</div>							
医療機関・医師署名								
上記の通り診断します。								
<div>医療機関名 医療機関住所</div> <div>記載年月日                  年        月        日</div> <div>診療科 医師名</div> <div>小児慢性特定疾病 指定医番号 （                                  ）</div> <div style="text-align: right;">(印)</div>								