

告示番号		24		血液疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（継続申請用）										1/2											
病名		8 発作性寒冷ヘモグロビン尿症										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → （ ）											
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											
				年						月		日		肥満度		%									
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																									
症状		全身		貧血：[ なし ・ あり ]																					
		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 ]					
		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 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 血清間接ビリルビン (I-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 血清ハプトグロビン：( )mg/dL 未実施 直接 Coombs 試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]																							
		自己抗体種別：[ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法：( ) 所見：( )																							
赤血球特殊検査		赤血球特殊検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 検査法：( ) 所見：( )																							
尿検査		尿中ウロビリノーゲン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 尿中ウロビリリン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]																							
便検査		便中ウロビリノーゲン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 便中ウロビリリン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]																							
画像検査		超音波検査 (肝・脾)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )																							
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		合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )																							
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		補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 免疫グロブリン大量療法：[ なし ・ あり ] 治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] ステロイド薬：[ なし ・ あり ] G-CSF 療法：[ なし ・ あり ] 除鉄剤：[ なし ・ あり ]																							
輸血療法		赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ] 血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]																							
治療		治療 (その他)：( )																							

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	24	血液疾患	(	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2/2
治療状況	現在の治療状況：[ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ] 現在の治療状況（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					
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
医療機関住所						
	診療科					
	医師名					(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 (      )					