

告示番号		27		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		21 真性多血症						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								(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				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		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 (申請時) ※直近の状況を記載															
血液検査		白血球数 : () / μ L 好中球 : () % リンパ球 : () % 単球 : () % 好酸球 : () % 網赤血球 : () ‰ 赤血球数 : () $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL 平均赤血球容積 (MCV) : () fL 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L 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 : () μ g/dL 葉酸 : () ng/mL ビタミンB ₁₂ : () pg/mL													
		骨髓検査		骨髓検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
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) : ()													
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 : () 抗腫瘍薬 : [なし ・ あり] 薬剤名 : () 抗凝固療法 : [なし ・ あり] 薬剤名 : () 除鉄剤 : [なし ・ あり]													
		抗体薬 / 分子標的薬 : [なし ・ あり] 薬剤名 : () 治療効果 : [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]													

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	9	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2/2
手術	脾摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術（その他）：()			
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 アリール一致度：[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）：()			
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。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 医療機関名 医療機関住所 </div> <div> 記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 () </div> <div style="text-align: right;"> (印) </div> </div>				