

告示番号		4		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		16 グルコース-6-リン酸脱水素酵素欠乏症										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]										鉄過剰症状：[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]										脾腫大：[なし ・ あり] 胆石：[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 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /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]																			
		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] 尿中ヘモグロビン：[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)							
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]										実施日：(年 月 日)									
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]																			
家族歴		本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]																			
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：() 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]																			
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)：()																			

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	4	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	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）	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	(