

告示番号		23		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		7 寒冷凝集素症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名			
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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				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													
診断		二次性の原因： ()											
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] 消化器症状： [なし ・ あり]					肝腫大： [なし ・ あり] 腹部症状： [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： () / 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 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： () μ g/dL 血清ハプトグロビン： () mg/dL 未実施 血小板表面結合 IgG (PA IgG)： () ng/ 10^7 cells 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]											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	23	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
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）：()						
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	()		