

告示番号		8		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		11から17までに掲げるもののほか、遺伝性溶血性貧血 (具体的な疾病名： )										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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		BMI					
										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（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		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 ]											
		精神・神経		神経症状：[ 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		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 ]											
		精神・神経		神経症状：[ 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 血清間接ビリルビン (I-Bil)：( )mg/dL LDH：( )U/L 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 ]													
		末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ] 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 ] 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 ) 所見：( )													
		CT検査 (肝)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )													
遺伝学的検査		遺伝子検査：[ 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）：( )													

