

告示番号		21		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		7 寒冷凝集素症										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)		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（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															
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] 脾腫大：[なし ・ あり] 腹部症状：[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															
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] 脾腫大：[なし ・ あり] 腹部症状：[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 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 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]													
		寒冷凝集素価：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
		抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()													
		自己抗体種別：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()													
		末梢血赤血球形態異常：[なし ・ あり] 所見：()													
細胞表面抗原検査		CD59陰性細胞比率（フローサイトメトリー法）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													

	HAMテスト：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]					
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査（その他）：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		() ()	
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]			
感染症免疫学的 検査	ウイルス検査：[未実施 ・ 実施]				()	
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		()	
	CT検査（肝）：[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）：()					
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globin：()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)		() ()	
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)		()	
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：()					
輸血療法	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）：()					
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				
		小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）				