

告示番号		23		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		9 7及び8に掲げるもののほか、自己免疫性溶血性貧血（AIHAを含む。） (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)				体重 (測定日)		kg (SD)				BMI		肥満度					
				年		月				日		年								月	
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		治療 ・ 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																					
病型		病型（自己免疫性溶血性貧血）：[特発性 ・ 続発性]																			
診断		続発性の原因：()																			
症状	全身	発熱：[なし ・ あり]				易感染性：[なし ・ あり]				貧血：[なし ・ あり]				鉄過剰症状：[なし ・ あり]							
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり]				色素沈着：[なし ・ あり]				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]				下血：[なし ・ あり]							
		消化管出血：[なし ・ あり]				胆石：[なし ・ あり]															
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]																			
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]																			
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]				過多月経：[なし ・ あり]															
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり]																			
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
病型		病型（自己免疫性溶血性貧血）：[特発性 ・ 続発性]																			
診断		続発性の原因：()																			
症状	全身	発熱：[なし ・ あり]				易感染性：[なし ・ あり]				貧血：[なし ・ あり]				鉄過剰症状：[なし ・ あり]							
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり]				色素沈着：[なし ・ あり]				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]				下血：[なし ・ あり]							
		消化管出血：[なし ・ あり]				胆石：[なし ・ あり]															
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]																			
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]																			
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]				過多月経：[なし ・ あり]															
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり]																			
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				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：()																			
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：()%																			

