

|  |  |  |  |   |  |   |  |             |  |                      |  |              |  |                             |  |          |  |               |  |   |  |
|--|--|--|--|---|--|---|--|-------------|--|----------------------|--|--------------|--|-----------------------------|--|----------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                   |  | 2  |  | 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                                     |  | 13 鎌状赤血球症  |  |   |  |   |  |             |  |                      |  | 受付種別         |  | <input type="checkbox"/> 新規 |  |          |  |               |  |   |  |
| 受給者番号                                  |  |  |  | 受診日   |  | 年   |  | 月           |  | 日                    |  |              |  |                             |  |          |  |               |  |   |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet)               |  |  |  |   |  | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>(測定日)  |  | cm ( SD)  |  |   |  | 体重<br>(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 |  |  |  |   |  |   |  |             |  |                      |  |              |  |                             |  |          |  |               |  |   |  |
| 症状                                     |  | 全身   |  | 低身長 (身長-2.0SD以下) : [ なし ・ あり ] 易感染性: [ なし ・ あり ] 貧血: [ なし ・ あり ] 血栓症: [ 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 ]                                  |  |   |  |             |  |                      |  |              |  |                             |  |          |  |               |  |   |  |
|  |  | 筋・骨格   |  | 関節痛: [ 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   |  | 低身長 (身長-2.0SD以下) : [ なし ・ あり ] 易感染性: [ なし ・ あり ] 貧血: [ なし ・ あり ] 血栓症: [ 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 ]                                  |  |   |  |             |  |                      |  |              |  |                             |  |          |  |               |  |   |  |
|  |  | 筋・骨格   |  | 関節痛: [ 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: ( ) / $\mu$ L 好中球: ( ) % リンパ球: ( ) % 単球: ( ) %<br>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<br>ヘモグロビンF (HbF): ( ) % 平均赤血球容積 (MCV): ( ) fL 血小板数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L<br>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<br>血清鉄 (Fe): ( ) mg/dL フェリチン: ( ) ng/mL・未実施 TIBC: ( ) mg/dL UIBC: ( ) $\mu$ g/dL<br>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 ]<br>所見: ( )   |  |   |  |   |  |             |  |                      |  |              |  |                             |  |          |  |               |  |   |  |
| 赤血球特殊検査                                |  | ヘモグロビン分画／ヘモグロビン電気泳動: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |  |   |  |   |  |             |  |                      |  |              |  |                             |  |          |  |               |  |   |  |
|  |  | 赤血球特殊検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>検査法: ( )<br>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 )<br>所見: ( )  |  |   |  |   |  |             |  |                      |  |              |  |                             |  |          |  |               |  |   |  |
|  |  | CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |  |   |  |   |  |             |  |                      |  |              |  |                             |  |          |  |               |  |   |  |

