

告示番号		19		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		51 骨髄線維症														受付種別		<input type="checkbox"/> 新規											
受給者番号						受診日		年 月 日																					
ふりがな						(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																													
症状		全身		易感染性: [なし ・ あり] 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] 肝腫大: [なし ・ あり] 脾腫大: [なし ・ あり]																									
		耳鼻咽喉		鼻出血: [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		易感染性: [なし ・ あり] 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] 肝腫大: [なし ・ あり] 脾腫大: [なし ・ あり]																									
		耳鼻咽喉		鼻出血: [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: () / 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 平均血小板容積 (MPV): () fL 血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L フィブリノゲン: () mg/dL LDH: () U/L																											
		末梢血白血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()																											
		末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()																											
骨髄検査		骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 赤芽球系: () % 顆粒球系: () % 単球系: () % リンパ球系: () % 芽球系: () % 有核細胞数: () $\times 10^4 / \mu$ L																											
病理検査		骨髄生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()																											
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: ()																											

