

告示番号		47		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2	
病名		20 微小血管障害性溶血性貧血								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
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 (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] DIC: [なし ・ あり]				高血圧: [なし ・ あり] 血栓症: [なし ・ あり]				浮腫: [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] 腹部症状: [なし ・ あり]				脾腫大: [なし ・ あり] 下血: [なし ・ あり]				消化器症状: [なし ・ あり] 消化管出血: [なし ・ あり]			
	精神・神経	神経症状: [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]				腎機能低下: [なし ・ あり]				腎炎: [なし ・ あり]			
	その他	症状 (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: () % 平均赤血球容積 (MCV): () fL 血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L 赤血球数: () $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン (Hb): () g/dL 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]											
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: ()											
画像検査		超音波検査 (肝・脾): [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): ()											
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] 血栓または出血の既往: [なし ・ あり]											
家族歴		本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]											
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: () 抗凝固療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 抗けいれん薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 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]											

