

告示番号		21		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		7 寒冷凝集素症						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 ]											
	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 ] 腹部症状: [ なし ・ あり ]			脾腫大: [ 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: ( ) / $\mu$ 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: ( ) $\mu$ g/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 ]											
		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 ) 検査法: ( ) 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 ]											
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 ) 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 ]											
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: ( ) 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 ]											

2021a-001

[illegible]