

病名	1 巨赤芽球性貧血					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	
	年 月 日		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 ※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								
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]		肝腫大: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]		
		消化器症状: [なし ・ あり]		腹部症状: [なし ・ あり]				
	精神・神経	神経症状: [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								
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]		肝腫大: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]		
		消化器症状: [なし ・ あり]		腹部症状: [なし ・ あり]				
	精神・神経	神経症状: [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: ()/μL		好中球: ()%	リンパ球: ()%	単球: ()%			
	好酸球: ()%		網赤血球: ()%					
血液検査	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		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		葉酸: ()ng/mL		ビタミンB ₁₂ : ()pg/mL			
	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: ()			
骨髓検査	骨髓検査: [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: ()%		造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [なし ・ あり]		骨髓球系: [なし ・ あり]		巨核球: [なし ・ あり]	

告示番号 **10** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

画像検査	超音波検査 (腹部) : [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 : ()
	画像検査 (消化管) : [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) : ()

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 : () %
	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 LDH : () U/L
	血清鉄 (Fe) : () mg/dL フェリチン : () ng/mL ・ 未実施 TIBC : () mg/dL
	UIBC : () μ g/dL 葉酸 : () ng/mL ビタミンB ₁₂ : () pg/mL
	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 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)
検査法 : ()
所見 : ()

骨髓検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)
所見 : ()

画像検査 超音波検査 (腹部) : [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 : [なし ・ あり]
詳細 : ()

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 : ()

輸血療法 赤血球輸血 : [なし ・ あり] 頻度 : [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]

治療 治療 (その他) : ()

治療状況 現在の治療状況 : [治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他]
現在の治療状況 (その他) : ()

今後の治療方針 : ()
治療見込み期間 (入院) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日)
治療見込み期間 (外来) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 通院頻度 : () 回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日
医療機関住所
診療科
医師名 (印)
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()