

病名	1 巨赤芽球形貧血					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	肥満度		%	
		年	月	日		年	月	日					
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]				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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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: ()%											
	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)									
	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	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	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 ()