

病名	2 後天性赤芽球癆					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	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	二次性の原因: ()											
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]				鉄過剰症状: [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]			
	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]				鉄過剰症状: [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]			
	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: ()%	好中球数: ()/μL									
	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	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: ()μg/dL										
	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: ()											
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: ()												
細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率 (フローサイトメトリー法): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()%											
赤血球特殊検査	HAMテスト: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]											
	赤血球アデノシンデアミナーゼ活性 (eADA): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)											
	所見: ()											
	還元型グルタチオン (eGSH): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)											
所見: ()												
赤血球特殊検査 (その他): [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: ()%			有核細胞数: ()×10 ⁴ /μL			巨核球数: ()/mL					
	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]											
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施]											
所見: ()												

告示番号 26 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 (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: ()
	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
遺伝学的検査	所見: ()
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
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: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()%
	好酸球: ()% 網赤血球: ()% 好中球数: ()/μL
	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 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: ()μg/dL
	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: ()	

骨髄検査	骨髄検査: [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: ()

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
	所見: ()

遺伝学的検査	遺伝子検査: [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: ()
	免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: ()
	ステロイド薬: [なし ・ あり] 除鉄剤: [なし ・ あり]
	アンドロゲン療法: [なし ・ あり] 薬剤名: ()

薬物療法	治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	サイトカイン類: [なし ・ あり] 薬剤名: ()

薬物療法	治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	輸血療法

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]
	血小板輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]

移植	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日: (年 月 日)
	ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]
	HLA アリル一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明]

移植	HLA 抗原一致度: [完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去: [未実施 ・ 実施 ・ 不明]
	前処置: ()

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 (_____)