

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)		1/2		
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							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
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: () / μ L	好中球: () %		リンパ球: () %		単球: () %								
	好酸球: () %	網赤血球: () %		好中球数: () / μ L										
	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: () μ g/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ンナーゼ活性 (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: ()														
骨髄検査	骨髄検査: [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: () $\times 10^4 / \mu$ L		巨核球数: () / mL									
	造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [なし ・ あり]						骨髄球系: [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: ()
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): ()
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: () 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: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
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アレル一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] 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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()