

告示番号		26		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	2 後天性赤芽球癆							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		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 ]					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 (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 <sup>4</sup> /μL      ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL      平均赤血球容積 (MCV): ( )fL 血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 )							
骨髄検査	骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( 年 月 日 )							
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( 年 月 日 )							
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: ( )												
検査所見 (その他)	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): ( )												
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アリル一致度: [ 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 ( )