

病名	4 先天性赤血球形成異常性貧血										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				
		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													
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]			
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [なし ・ あり]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
	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									
	ヘモグロビンF (HbF): ()%	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										
血清ハプトグロビン: () mg/dL ・ 未実施	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: ()													
病理検査	骨髓生検: [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 (骨髓): [未実施 ・ 実施]					実施日: (年 月 日)							
	所見: ()												
	染色体検査: [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): ()												

