

告示番号		46		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	5 鉄芽球形貧血							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]			
		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]											
	耳鼻咽喉	難聴: [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]			
		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]											
	耳鼻咽喉	難聴: [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: ()%		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): ()ng/mL		フェリチン: ()ng/mL		TIBC: ()mg/dL		UIBC: ()μg/dL							
直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]													
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								
	環状鉄芽球が骨髓総赤芽球が15%を超える: [なし ・ あり]												
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]													
病理検査	骨髓生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)												
所見: ()													

告示番号 **46** 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: ()
	CT検査 (肺): [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: ()
	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): ()
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 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: ()
病理検査	骨髄生検: [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 (骨髄): [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): ()
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: () 免疫グロブリン大量療法: [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ステロイド薬: [なし ・ あり] 除鉄剤: [なし ・ あり]
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 ()