

病名	6 無トランスフェリン血症					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		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								
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]					
その他	症状 (その他): ()							
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]		
	消化器症状: [なし ・ あり]		腹部症状: [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	
	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	
	血清鉄 (Fe): ()mg/dL		フェリチン: ()ng/mL		TIBC: ()mg/dL		LDH: ()U/L	
直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]				UIBC: ()μg/dL				
自己抗体種別: [未実施 ・ 実施]								
検査方法: ()								
所見: ()								
末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり]		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)					
	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]			
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: ()			
	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 : ()
	染色体検査 : [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 : () / μ L 好中球 : () % リンパ球 : () % 単球 : () % 好酸球 : () % 網赤血球 : () % 赤血球数 : () $\times 10^4$ / μ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL 平均赤血球容積 (MCV) : () fL 血小板数 : () $\times 10^4$ / μ 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 : ()

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 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)
所見 : ()

病理検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)
所見 : ()

画像検査 : [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 : ()

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 : [なし ・ あり]
詳細 : ()

既往歴 入院加療を要する感染症 : [なし ・ あり]

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] G-CSF療法 : [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 (印)
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()