

告示番号		50		血液疾患 ( ) 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3		
病名	6 無トランスフェリン血症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 ( )		被保険者記号 ( )		被保険者番号 ( )		被保険者個人単位枝番 ( )			
	資格取得年月日		年	月	日					
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
住所	郵便番号 ( - )		都道府県 ( )		市区町村 ( )		丁目番地等 ( )			
生年月日	年		月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 ( )		市区町村 ( )							
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日				
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日
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	肥満度	%
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	治療 ・ 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										
最終受診日	( 年 月 日 )									
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 ] 消化器症状: [ 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										
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 ] 消化器症状: [ 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: ( )/μL		好中球: ( )%		リンパ球: ( )%		単球: ( )%			
	好酸球: ( )%		網赤血球: ( )%		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: ( )										
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: ( )×10 <sup>4</sup> /μL		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 ]										
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: ( )									
CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( 年 月 日 )					
所見: ( )										

告示番号	50	血液疾患 ( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	2/3
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: ( )				
遺伝学的検査	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: ( )/μL		好中球: ( )%	リンパ球: ( )%	単球: ( )%
	好酸球: ( )%		網赤血球: ( )%	赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL
血液検査	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
血液検査	血清鉄 (Fe): ( )mg/dL		フェリチン: ( )ng/mL	未実施	TIBC: ( )mg/dL
	直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]		UIBC: ( )μg/dL		
赤血球特殊検査	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: ( )				
遺伝学的検査	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	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: ( )		
薬物療法	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 ]		
移植	HLAアリール一致度: [ 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 ]		
治療	前処置: ( )				
	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 )		
今後の治療方針	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
	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				
就学・就労状況	その他 ( )				

<b>告示番号</b>	<b>50</b>	<b>血液疾患</b>	( )	<b>年度</b>	小児慢性特定疾病	<b>医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>3/3</b>
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 (			)

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日