

病名	<b>6 無トランスフェリン血症</b>					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 ] 消化器症状:[ なし・あり ]				肝腫大:[ なし・あり ] 腹部症状:[ 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:( )%		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 )							
	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:( )													
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: ( ) 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 ( )