

病名	7 寒冷凝集素症					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			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]									
	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]				
	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]									
	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]				
	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 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 血小板表面結合IgG (PA IgG): ()ng/10 ⁷ cells 直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]										
	寒冷凝集素価: [未実施 ・ 実施] 所見: ()										
	抗血小板自己抗体: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()										
	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: ()										
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]	
	赤血球特殊検査 (その他): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	尿中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
便検査	便中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	便中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施]	所見: ()
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
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
	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	血小板表面結合IgG (PA IgG): ()ng/10 ⁷ cells		
	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)
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	尿中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
便検査	便中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	便中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
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]
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 ()	