

病名	<b>7 寒冷凝集素症</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	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			
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>											
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 ] 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): ( )									
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>											
血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ L    好中球: ( ) %    リンパ球: ( ) %    単球: ( ) % 好酸球: ( ) %    網赤血球: ( ) %    赤血球数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L    ヘモグロビン (Hb): ( ) g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ( ) fL    血小板数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ 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: ( ) $\mu$ g/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 )					
	検査法: ( )										
	所見: ( )										
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 )					
	所見: ( )										
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )										
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>											
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 ]										
<b>経過 (申請時) ※直近の状況を記載</b>											
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 ( )