

病名	8 発作性寒冷ヘモグロビン尿症					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									
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									
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		TIBC: ()mg/dL		UIBC: ()μg/dL		血清ハプトグロビン: ()mg/dL
	未実施		未実施		直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]				
寒冷凝集素価: [未実施 ・ 実施] 所見: ()									
Donath Landsteiner抗体: [未実施 ・ 実施] 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]				

告示番号 **22** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

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) 所見：()
	CT検査 (肝)：[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 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 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)：()
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 ()