

病名	<b>8 発作性寒冷ヘモグロビン尿症</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	
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>								
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): ( )						
<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: ( )/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				
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): ( )							
<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：( )
	治療見込み期間 (外来)	開始日：( )	年	月	日 ) 終了日：( ) 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 ( )		