

病名	9 7及び8に掲げるもののほか、自己免疫性溶血性貧血 (AIHAを含む。) (具体的な疾病名:)	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	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	治療 ・ 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

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

病型	病型 (自己免疫性溶血性貧血) : [特発性 ・ 続発性]				
診断	続発性の原因: ()				
症状	全身	発熱: [なし ・ あり]	易感染性: [なし ・ あり]	貧血: [なし ・ あり]	鉄過剰症状: [なし ・ あり]
		DIC: [なし ・ あり]			
	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり]	色素沈着: [なし ・ あり]	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]	下血: [なし ・ あり]
		消化管出血: [なし ・ あり] 胆石: [なし ・ あり]			
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]			
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]			
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]			
	内分泌・代謝	性腺機能低下: [なし ・ あり] 過多月経: [なし ・ あり]			
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]			
その他	歯肉出血: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()				

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

病型	病型 (自己免疫性溶血性貧血) : [特発性 ・ 続発性]				
診断	続発性の原因: ()				
症状	全身	発熱: [なし ・ あり]	易感染性: [なし ・ あり]	貧血: [なし ・ あり]	鉄過剰症状: [なし ・ あり]
		DIC: [なし ・ あり]			
	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり]	色素沈着: [なし ・ あり]	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]	下血: [なし ・ あり]
		消化管出血: [なし ・ あり] 胆石: [なし ・ あり]			
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]			
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]			
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]			
	内分泌・代謝	性腺機能低下: [なし ・ あり] 過多月経: [なし ・ あり]			
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]			
その他	歯肉出血: [なし ・ あり] 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: () / μ 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: () μ g/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]		
	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) 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: ()
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) 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]
------	--

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: ()
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] 血栓または出血の既往: [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: () 抗凝固療法: [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]
	サイトカイン類: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	抗体薬/分子標的薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]

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]
------	--

血液浄化	腹膜透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施] 導入年月: (年 月) 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	血液透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施] 導入年月: (年 月) 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]

手術	脾摘出術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術 (その他): ()
----	--

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 ()