

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"/> 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	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 (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 (申請時) ※直近の状況を記載**

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	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 ( )