

告示番号 <b>23</b>		血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2		
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。)			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日					
氏名	(セイメイ) (姓名)	以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)			
住所	郵便番号 ( - ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )					
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
出生地	都道府県 ( ) 市区町村 ( )					
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日			
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 月 日		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	BMI 肥満度 %	
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 (申請時) ※直近の状況を記載						
具体的な疾病名	( )		最終受診日	( 年 月 日 )		
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 : ( )				
骨髄検査	骨髄検査 : [ 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) : ( )					

告示番号 **23** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/2**

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
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 ( )

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
医療機関所在地	診断年月日	年	月	日
電話番号	診療科			
	医師名			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )			

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日