

病名	11 遺伝性球状赤血球症					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			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]			鉄過剰症状: [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] 消化器症状: [なし ・ あり]			脾腫大: [なし ・ あり] 腹部症状: [なし ・ あり]		胆石: [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]			鉄過剰症状: [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] 消化器症状: [なし ・ あり]			脾腫大: [なし ・ あり] 腹部症状: [なし ・ あり]		胆石: [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		ヘモグロビンF (HbF): ()%		平均赤血球容積 (MCV): ()fL
血液検査	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
	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]		TIBC: ()mg/dL		UIBC: ()μg/dL		
末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり] 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]		尿中ヘモグロビン: [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: ()				
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()				
遺伝学的検査	遺伝子検査: [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 **1** 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**

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
	ヘモグロビンF (HbF)：()%	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：()	

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]	尿中ヘモグロビン：[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：()	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[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]
-----	-------------------------

家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]
-----	--------------------------

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：()
	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]

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 (_____)