

告示番号		1		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	11 遺伝性球状赤血球症							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 ( )							
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)				BMI			
		年 月 日		年 月 日			年 月 日		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														
最終受診日	( 年 月 日 )													
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 ]				脾腫大: [ なし ・ あり ]				胆石: [ なし ・ あり ]				
	その他	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: ( )/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							
ヘモグロビンF (HbF): ( )%		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 ]										
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 )											
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 )									
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: ( 年 月 日 )									
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 ]													

告示番号 **1** 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**

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