

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 → ()	
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 (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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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									
	ヘモグロビンF (HbF): () %	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]											
	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)							
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]												

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 ()