

病名	12 口唇赤血球症										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		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]			脾腫大: [なし ・ あり]			胆石: [なし ・ あり]					
		消化器症状: [なし ・ あり]			腹部症状: [なし ・ あり]								
	腎・泌尿器	腎機能低下: [なし ・ あり]											
	眼	眼症状: [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]			脾腫大: [なし ・ あり]			胆石: [なし ・ あり]					
		消化器症状: [なし ・ あり]			腹部症状: [なし ・ あり]								
	腎・泌尿器	腎機能低下: [なし ・ あり]											
	眼	眼症状: [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: () / 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]												
	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: ()													

告示番号 4 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

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): ()

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: ()×10⁴/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: ()×10⁴/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 ()