

病名	13 鎌状赤血球症					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	低身長 (身長-2.0SD以下): [なし ・ あり] 易感染性: [なし ・ あり] 貧血: [なし ・ あり] 血栓症: [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]			
	筋・骨格	関節痛: [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 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)				
	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]										
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：()			
	治療見込み期間 (外来)	開始日：()	年	月	日) 終了日：() 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 ()			