

告示番号		7		血液疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3	
病名	14 不安定ヘモグロビン症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
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								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)						
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		か月		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	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	治療 ・ 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													
最終受診日	( 年 月 日 )												
症状	全身	貧血: [ 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 ]			
	腎・泌尿器	血尿: [ 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 ]											
	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 ]			
	腎・泌尿器	血尿: [ 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 <sup>4</sup> /μL		ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL						
血液検査	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		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	末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ]												
	所見: ( )												
赤血球特殊検査	ヘモグロビン分画/ヘモグロビン電気泳動: [ 未実施 ・ 実施 ]												
	実施日: ( 年 月 日 )												
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]												
	実施日: ( 年 月 日 )												
赤血球特殊検査	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 )												
画像検査	CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ]												
	実施日: ( 年 月 日 )												
画像検査	所見: ( )												
	所見: ( )												

告示番号 <b>7</b> 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/3
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：( )×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 ) 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 ]	
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