

病名	<b>14 不安定ヘモグロビン症</b>					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	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			
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>													
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): ( )											
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>													
血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ 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: ( ) $\mu$ 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: [ 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 )								
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): ( )												
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>													
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 ]												
<b>経過 (申請時) ※直近の状況を記載</b>													
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

**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 ( )			