

病名	15 サラセミア					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										
病型	病型(サラセミア): [α-サラセミア・β-サラセミア]									
症状	全身	低身長(身長-2.0SD以下): [なし・あり]		発熱: [なし・あり]		易感染性: [なし・あり]		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]				
	その他	症状(その他): ()								
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載										
病型	病型(サラセミア): [α-サラセミア・β-サラセミア]									
症状	全身	低身長(身長-2.0SD以下): [なし・あり]		発熱: [なし・あり]		易感染性: [なし・あり]		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]				
	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 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]						
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)				
	所見: ()									
赤血球特殊検査(その他): [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 5 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 手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)
 所見: ()

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 ()