

病名	<b>15 サラセミア</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			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>										
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) : ( )								
<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	末梢血赤血球形態異常 : [ なし ・ あり ] 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) : ( )									
<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 ]									
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 ( )