

告示番号		3		血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	16 グルコース-6-リン酸脱水素酵素欠乏症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年	月	日		
ふりがな					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
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
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							
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]		鉄過剰症状: [ 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							
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]		鉄過剰症状: [ 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	白球分画: 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			
	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 ]				
	末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ]						
	所見: ( )						
赤血球特殊検査	グルコース-6-リン酸脱水素酵素 (G6PDH) 活性: [ 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: ( )						
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): ( )						

告示番号 <b>3</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)		2/2
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 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 ]	
手術	脾摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] 手術 (その他)：( )	
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	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	