

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"/> 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			
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 (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 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL										
	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]											
	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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()