

病名 <b>17</b> <b>ピルビン酸キナーゼ欠乏性貧血</b>		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 月 日 性別 男・女・性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	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(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</b>						
症状	全身	貧血:[ なし・あり ]		鉄過剰症状:[ なし・あり ]	血栓症:[ 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>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 ]		鉄過剰症状:[ なし・あり ]	血栓症:[ 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(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</b>						
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	血小版数:( )×10 <sup>4</sup> /μL	
血液検査	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	ピルビン酸キナーゼ(PK) 活性:[ 未実施・実施 ]		実施日:( )年( )月( )日			
	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			
	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):( )					

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
	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 ( )	