

| 告示番号 | 6 | 血液疾患 | () | 年度 | 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) | 1/3 |
|---|---|--|-------------------------------|----------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 病名 | 17 ピルビン酸キナーゼ欠乏性貧血 | | | | 受付種別 | <input type="checkbox"/> 新規 |
| 保険情報 | 保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日 | | | | | |
| 氏名 | (セイメイ) (姓) | | 以前の登録氏名 (変更のある場合) | | (セイメイ) (姓) | |
| 住所 | 郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 () | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | | | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県 () 市区町村 () | | | | | |
| 出生体重 | g | | 出生週数 | 在胎 週 | 日 | |
| 発症時期 | 年 月 頃 | | 記載時の年齢 | 満 歳 | か月 日 | |
| 現在の身長・体重 | 身長 (測定日) | cm (SD) | | 体重 (測定日) | kg (SD) | |
| | | 年 月 日 | 年 月 日 | | BMI | % |
| 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 | 治療 ・ 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 | | | | | | |
| 最終受診日 | (年 月 日) | | | | | |
| 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): () | | | | |
| 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] | | 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): () | | | | |
| 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 | | 白血球分画: 好中球: ()% | | リンパ球: ()% | 単球: ()% |
| | 好酸球: ()% | | 網赤血球: ()% | | 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL | |
| 血液検査 | 平均赤血球容積 (MCV): ()fL | | 血小板数: ()×10 ⁴ /μL | | ヘモグロビン (Hb): ()g/dL | |
| | 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] | | | |
| | 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) | | | |
| 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) | | | |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] | | 実施日: (年 月 日) | | | |
| 検査所見 (その他) | 検査所見 (その他): () | | | | | |

告示番号 **6** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/3**

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 |
| | 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 |

| | |
|---------|--|
| 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 () |
|---------|--|

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 |
| 医療機関所在地 | 診断年月日 | 年 | 月 日 |
| 電話番号 | 診療科 | | |
| | 医師名 | | |
| | 小児慢性特定疾病 指定医番号 () | | |

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄 | |
|---------|--|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年 月 日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [認定 ・ 不認定] |
| 研究同意の有無 | [有 ・ 無] |
| 受給者番号 | 受給者番号 () 有効期限 年 月 日 |
| 階層区分 | [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他] |
| 保険情報 | 保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日 |