

病名	17 ピルビン酸キナーゼ欠乏性貧血					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	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]			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(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 ()