

病名	11から17までに掲げるもののほか、遺伝性溶血性貧血 (具体的な疾病名:)					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	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								
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]	
	精神・神経	神経症状:[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]	
	精神・神経	神経症状:[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		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		
血液検査	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]							
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:()							
画像検査	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 8 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 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：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)			

赤血球特殊検査	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 ()