

病名	18 <b>11から17までに掲げるもののほか、遺伝性溶血性貧血</b> (具体的な疾病名: )					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(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(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 ( )