

告示番号		52		血液疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2		
病名	19 溶血性貧血 (脾機能亢進症によるものに限る。)						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 (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										
診断	二次性の原因: ()									
症状	全身	貧血: [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										
診断	二次性の原因: ()									
症状	全身	貧血: [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: () / μ L		好中球: () %		リンパ球: () %		単球: () %			
	好酸球: () %		網赤血球: () %		赤血球数: () $\times 10^4 / \mu$ L		ヘモグロビン (Hb): () g/dL			
	平均赤血球容積 (MCV): () fL		血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L							
	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]								
自己抗体種別: [未実施 ・ 実施]										
検査方法: ()										
所見: ()										
末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり]		所見: ()								
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: ()					
	CT 検査 (肝): [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 **52** 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] 自己抗体種別：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()
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：()
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]
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：() 免疫抑制薬：[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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()