

告示番号		52		血液疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		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"/> 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	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											
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(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				
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]								
赤血球特殊検査	自己抗体種別:[未実施・実施]										
	検査方法:()										
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:()										
赤血球特殊検査	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)						
画像検査	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:()								
輸血療法	除鉄剤:[なし・あり]										
	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]								
輸血療法	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 ()