

病名 20 微小血管障害性溶血性貧血		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	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] DIC: [なし ・ あり]	高血圧: [なし ・ あり] 血栓症: [なし ・ あり]	浮腫: [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] 腹部症状: [なし ・ あり]	脾腫大: [なし ・ あり] 下血: [なし ・ あり]	消化器症状: [なし ・ あり] 消化管出血: [なし ・ あり]	
	精神・神経	神経症状: [なし ・ あり]			
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]	腎機能低下: [なし ・ あり]	腎炎: [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] DIC: [なし ・ あり]	高血圧: [なし ・ あり] 血栓症: [なし ・ あり]	浮腫: [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] 腹部症状: [なし ・ あり]	脾腫大: [なし ・ あり] 下血: [なし ・ あり]	消化器症状: [なし ・ あり] 消化管出血: [なし ・ あり]	
	精神・神経	神経症状: [なし ・ あり]			
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]	腎機能低下: [なし ・ あり]	腎炎: [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]			
	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: ()				
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): ()				

告示番号 **47** 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	赤血球特殊検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
	検査法: ()	
	所見: ()	

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]	血栓または出血の既往: [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: ()	
	免疫抑制薬: [なし ・ あり]	薬剤名: ()	
	抗凝固療法: [なし ・ あり]	薬剤名: ()	
	抗けいれん薬: [なし ・ あり]	薬剤名: ()	
	免疫グロブリン大量療法: [なし ・ あり]	治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]	
	ステロイド薬: [なし ・ あり]	G-CSF療法: [なし ・ あり]	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]

血液浄化	腹膜透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施]	導入年月: (年 月)
	治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]	
	血液透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施]	導入年月: (年 月)
	治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]	

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 (_____)