

病名	20 微小血管障害性溶血性貧血					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	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]			高血圧: [なし ・ あり]			浮腫: [なし ・ あり]			
		DIC: [なし ・ あり]			血栓症: [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]			消化器症状: [なし ・ あり]			
		腹部症状: [なし ・ あり]			下血: [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 (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: [善効 ・ 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 ()