

病名	<b>21 真性多血症</b>										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		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														
症状	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 ]				肝腫大: [ なし ・ あり ]				脾腫大: [ なし ・ あり ]				
	精神・神経	神経症状: [ なし ・ あり ]												
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [ 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														
症状	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 ]				肝腫大: [ なし ・ あり ]				脾腫大: [ なし ・ あり ]				
	精神・神経	神経症状: [ なし ・ あり ]												
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [ 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: ( )/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							
血液検査	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		LDH: ( )U/L							
	血清鉄 (Fe): ( )mg/dL		フェリチン: ( )ng/mL ・ 未実施		TIBC: ( )mg/dL		UIBC: ( )μg/dL							
	葉酸: ( )ng/mL		ビタミンB <sub>12</sub> : ( )pg/mL		エリスロポイエチン: ( )mIU/mL ・ 未実施									
	末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ]													
	所見: ( )													
骨髄検査	骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )										
	赤芽球系: ( )%		顆粒球系: ( )%		単球系: ( )%		リンパ球系: ( )%		内因性赤芽球コロニー形成: [ なし ・ あり ]					
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	染色体検査 (骨髄): [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )										
	所見: ( )													
	染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )			遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		Jak2V617F 遺伝子異常: [ なし ・ あり ・ 不明 ]			
遺伝子異常 (その他): ( )														
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )													

告示番号 **25** 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 <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		LDH：( )U/L	
	血清鉄 (Fe)：( )mg/dL	フェリチン：( )ng/mL	未実施	TIBC：( )mg/dL
	葉酸：( )ng/mL	ビタミンB <sub>12</sub> ：( )pg/mL		UIBC：( )μg/dL

骨髓検査	骨髓検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	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：( )	

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髓)：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	
	染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )

	所見：( )	
	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	遺伝子異常 (その他)：( )	Jak2V617F 遺伝子異常：[ なし ・ あり ・ 不明 ]

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：( )
	抗腫瘍薬：[ なし ・ あり ]	薬剤名：( )
	抗凝固療法：[ なし ・ あり ]	薬剤名：( )
	除鉄剤：[ なし ・ あり ]	

	抗体薬/分子標的薬：[ なし ・ あり ]	薬剤名：( )
	治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]	

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)：( )	

移植	造血幹細胞移植：[ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ]	実施日：( 年 月 日 )
	ドナー：[ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ]	移植細胞：[ 骨髓 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ]
	HLA アリル一致度：[ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ]	

	HLA 抗原一致度：[ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ]	ex vivo 細胞除去：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]
	前処置：( )	

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 ( )			