

病名	21 真性多血症			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	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	治療 ・ 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

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 (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		LDH: ()U/L	
	血清鉄 (Fe): ()mg/dL	フェリチン: ()ng/mL	未実施	TIBC: ()mg/dL
	尿酸: ()ng/mL	ビタミンB ₁₂ : ()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)	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：[骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLA アレル一致度：[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 (_____)