

病名	<b>22 家族性赤血球増加症</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	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											
	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: ( )%				有核細胞数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL											
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: ( 年 月 日 )											
	所見: ( )															
画像検査	CT検査 (肝): [ 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 )											
遺伝学的検査	所見: ( )															
	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]				実施日: ( 年 月 日 )											
遺伝学的検査	所見: ( )															
	検査所見 (その他): ( )															

告示番号 **9** 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 )	
	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 ]
-----	--------------------------

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: ( )
	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 ( \_\_\_\_\_ )