

病名	52 再生不良性貧血					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号			受診日	年 月 日							
ふりがな						(変更があった場合)					
氏名 (Alphabet)						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											
病型	病型 (再生不良性貧血): [先天性 ・ 特異性 ・ 二次性 ・ 肝炎後再生不良性貧血]										
診断	二次性の原因: ()										
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]										
症状	全身	発熱: [なし ・ あり]		易感染性: [なし ・ あり]		貧血: [なし ・ あり]		鉄過剰症状: [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]		肝腫大: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]		下血: [なし ・ あり]			
		消化管出血: [なし ・ あり]									
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [なし ・ あり]									
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]									
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]									
	内分泌・代謝	過多月経: [なし ・ あり]									
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]									
その他	小奇形: [なし ・ あり]		歯肉出血: [なし ・ あり]		症状 (その他): ()						
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載											
病型	病型 (再生不良性貧血): [先天性 ・ 特異性 ・ 二次性 ・ 肝炎後再生不良性貧血]										
診断	二次性の原因: ()										
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]										
症状	全身	発熱: [なし ・ あり]		易感染性: [なし ・ あり]		貧血: [なし ・ あり]		鉄過剰症状: [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]		肝腫大: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]		下血: [なし ・ あり]			
		消化管出血: [なし ・ あり]									
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [なし ・ あり]									
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]									
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]									
	内分泌・代謝	過多月経: [なし ・ あり]									
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]									
その他	小奇形: [なし ・ あり]		歯肉出血: [なし ・ あり]		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: ()%	好中球数: ()/μL	赤血球数: ()×10 ⁴ /μL							
	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL	ヘモグロビンF (HbF): ()%	平均赤血球容積 (MCV): ()fL								
	血小板数: ()×10 ⁴ /μL	血清鉄 (Fe): ()mg/dL	フェリチン: ()ng/mL	未実施	TIBC: ()mg/dL						
	UIBC: ()μg/dL	直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	血小板表面結合IgG (PA IgG): ()ng/10 ⁷ cells								
	抗血小板自己抗体: [未実施 ・ 実施]	検査方法: ()	所見: ()								
	自己抗体 (Gp II b/III a): [未実施 ・ 実施]	検査方法: ()	所見: ()								
	血小板機能検査: [未実施 ・ 実施]	検査方法: ()	所見: ()								
	自己抗体 (GP I b): [未実施 ・ 実施]	検査方法: ()	所見: ()								
	末梢血白血球形態異常: [なし ・ あり]	所見: ()									
	末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり]	所見: ()									
	自己抗体 (その他): ()										
細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率 (フローサイトメトリー法): [未実施 ・ 実施]					比率所見: ()%					
赤血球特殊検査	HAMテスト: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]										
	赤血球特殊検査: [未実施 ・ 実施]					実施日: (年 月 日) 検査法: ()					
骨髓検査	骨髓検査: [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: ()%							
	芽球系: ()%	有核細胞数: ()×10 ⁴ /μL	巨核球数: ()/mL								
	造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [なし ・ あり] 骨髓球系: [なし ・ あり] 巨核球: [なし ・ あり]										

告示番号 20 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

病理検査 骨髄生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()

感染症免疫学的検査 ウイルス検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()

画像検査 MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 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) 所見: ()

遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()

染色体脆弱性試験: [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): ()

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()%
好酸球: ()% 網赤血球: ()% 好中球数: ()/μL 赤血球数: ()×10⁴/μL
ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘモグロビンF (HbF): ()% 平均赤血球容積 (MCV): ()fL
血小板数: ()×10⁴/μL 血清鉄 (Fe): ()mg/dL フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施 TIBC: ()mg/dL
UIBC: ()μg/dL 直接 Coombs 試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 血小板表面結合IgG (PA IgG): ()ng/10³cells

抗血小板自己抗体: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()

自己抗体 (Gp II b/III a): [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()

血小板機能検査: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()

自己抗体 (GP I b): [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()

末梢血白血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()

末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()

自己抗体 (その他): ()

細胞表面抗原検査 CD59陰性細胞比率 (フローサイトメトリー法): [未実施 ・ 実施] 比率所見: ()%

HAMテスト: [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: ()

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: ()%
芽球系: ()% 有核細胞数: ()×10⁴/μL 巨核球数: ()/mL
造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [なし ・ あり] 骨髄球系: [なし ・ あり] 巨核球: [なし ・ あり]

病理検査 骨髄生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()

感染症免疫学的検査 ウイルス検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()

画像検査 MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 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) 所見: ()

遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()

染色体脆弱性試験: [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]

重症度分類 重症度 (再生不良性貧血): [軽症 (Stage1) ・ 中等症 (Stage2) ・ やや重症 (Stage3) ・ 重症 (Stage4) ・ 最重症 (Stage5)]

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: ()
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]
アンドロゲン療法: [なし ・ あり] 薬剤名: ()
治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
サイトカイン類: [なし ・ あり] 薬剤名: ()
治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]

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]

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): ()

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 ()