

告示番号		20		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2	
病名	52 再生不良性貧血							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			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													
病型	病型 (再生不良性貧血) : [先天性 ・ 特発性 ・ 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]					
	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]									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査	白血球数 : () / μ L	好中球 : () %	リンパ球 : () %	単球 : () %									
	好酸球 : () %	網赤血球 : () %	好中球数 : () / μ L	赤血球数 : () $\times 10^4 / \mu$ L									
	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 : () $\times 10^4 / \mu$ L	血清鉄 (Fe) : () mg/dL	フェリチン : () ng/mL ・ 未実施	TIBC : () mg/dL									
	UIBC : () μ g/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 : () %							

告示番号	20	血液疾患 () 年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)	2/2
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: ()			
	所見: ()			
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]			
病理検査	骨髓生検: [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: ()			
	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: [骨髓 ・ 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): ()			
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			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			