

告示番号		6		血液疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/3		
病名		17 ピルビン酸キナーゼ欠乏性貧血										受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日														
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)						
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）														
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）														
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日								
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日							
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	%		
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			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																
最終受診日		( 年 月 日 )														
症状		全身	貧血：[ なし ・ あり ]				鉄過剰症状：[ なし ・ あり ]				血栓症：[ 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 ]				脾腫大：[ なし ・ あり ]				胆石：[ 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		全身	貧血：[ なし ・ あり ]				鉄過剰症状：[ なし ・ あり ]				血栓症：[ 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 ]				脾腫大：[ なし ・ あり ]				胆石：[ 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 白血球分画：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 血清間接ビリルビン (I-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 血清ハプトグロビン：( )mg/dL・未実施 直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]														
		末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ] 所見：( )														
		ピルビン酸キナーゼ (PK) 活性：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )														
		赤血球特殊検査（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 検査法：( ) 所見：( )														
		尿検査 尿中ウロビリノーゲン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 尿中ウロビリリン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 尿中ヘモグロビン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]														
		便検査 便中ウロビリノーゲン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 便中ウロビリリン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]														
画像検査		超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )														
		CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )														
遺伝学的検査		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）：( )														



