

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〉										1/3	
病名		52 再生不良性貧血														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) 年 月 日				体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日				BMI															
														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)																											
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]																											
		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]																											
		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: () 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]																											

