

告示番号		43		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		4 先天性赤血球形成異常性貧血								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]						
		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]						
		筋・骨格		四肢・骨格奇形:[なし ・ あり]												
		精神・神経		精神運動発達遅滞:[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]												
		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]						
		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]						
		筋・骨格		四肢・骨格奇形:[なし ・ あり]												
		精神・神経		精神運動発達遅滞:[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]												
		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 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]														
		自己抗体種別:[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:()														
		CD59陰性細胞比率 (フローサイトメトリー法):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()%														
		HAMテスト:[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]														
		赤血球アデノシンデアミナーゼ活性 (eADA):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()														
		還元型グルタチオン (eGSH):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()														
赤血球特殊検査		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:()														
		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:()														

