

告示番号		10		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		1 巨赤芽球性貧血										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)													
診断		二次性の原因：()													
症状	全身	貧血：[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]			
		消化器症状：[なし ・ あり]						腹部症状：[なし ・ あり]							
	精神・神経	神経症状：[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															
診断		二次性の原因：()													
症状	全身	貧血：[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]			
		消化器症状：[なし ・ あり]						腹部症状：[なし ・ あり]							
	精神・神経	神経症状：[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		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		平均赤血球容積 (MCV)：()fL									
		血小板数：()×10 ⁴ /μL		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		葉酸：()ng/mL		ビタミンB ₁₂ ：()pg/mL									
		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：()													
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：()%													
		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]													

