

告示番号		25		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		21 真性多血症										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（ー）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		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]							
		精神・神経		神経症状：[なし ・ あり]													
		呼吸器・循環器		呼吸障害：[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		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]							
		精神・神経		神経症状：[なし ・ あり]													
		呼吸器・循環器		呼吸障害：[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 血清直接ビリルビン (D-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 葉酸：()ng/mL ビタミンB ₁₂ ：()pg/mL エリスロポイエチン：()mIU/mL・未実施															
		末梢血赤血球形態異常：[なし ・ あり] 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 内因性赤芽球コロニー形成：[なし ・ あり]															
画像検査		超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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) Jak2V617F遺伝子異常：[なし ・ あり ・ 不明] 遺伝子異常（その他）：()															
検査所見（その他）		検査所見（その他）：()															

