

告示番号		46		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		5 鉄芽球形貧血										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]										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]	
		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]													
	耳鼻咽喉	難聴：[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]										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]	
		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]													
	耳鼻咽喉	難聴：[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							
		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					
		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：()													
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] 実施日：(年 月 日) 所見：()%													
赤血球特殊検査		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)													
骨髄検査		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：()													
骨髄検査		骨髄検査：[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									
		環状鉄芽球が骨髄総赤芽球が15%を超える：[なし ・ あり]													
病理検査		造血細胞の形態異常：赤芽球系：[なし ・ あり] 骨髄球系：[なし ・ あり] 巨核球：[なし ・ あり]													
		骨髄生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)													
		所見：()													

