

告示番号		5		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		15 サラセミア										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)													
病型		病型 (サラセミア) : [α-サラセミア ・ β-サラセミア]													
症状	全身	低身長 (身長-2.0SD以下) : [なし ・ あり]				発熱 : [なし ・ あり]				易感染性 : [なし ・ あり] 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]				脾腫大 : [なし ・ あり]				胆石 : [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															
病型		病型 (サラセミア) : [α-サラセミア ・ β-サラセミア]													
症状	全身	低身長 (身長-2.0SD以下) : [なし ・ あり]				発熱 : [なし ・ あり]				易感染性 : [なし ・ あり] 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]				脾腫大 : [なし ・ あり]				胆石 : [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 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]													
		末梢血赤血球形態異常 : [なし ・ あり] 所見 : ()													
赤血球特殊検査		ヘモグロビン分画／ヘモグロビン電気泳動 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 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 : ()													
尿検査		尿中ウロビリノーゲン : [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ウロビリリン : [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ヘモグロビン : [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]													
便検査		便中ウロビリノーゲン : [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 便中ウロビリリン : [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]													
画像検査		超音波検査 (肝・脾) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()													
		CT検査 (肝) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()													

