

告示番号		50		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		6 無トランスフェリン血症										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（ ）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 ]	
				消化器症状：[ なし ・ あり ]										腹部症状：[ 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																			
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 ]					
		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 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：( )fL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /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 ]																	
		自己抗体種別：[ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法：( ) 所見：( )																	
		末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ] 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：( )% 有核細胞数：( )×10 <sup>4</sup> /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：( )																	
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：( )																	



