

告示番号		22		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		8 発作性寒冷ヘモグロビン尿症										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 ]													
	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 ]				
	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 ]													
	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 ]				
	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 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 ]														
	寒冷凝集素価：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )														
	Donath Landsteiner 抗体：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )														
	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：( )														
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 ]							
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 ]							



