

告示番号		23		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		9 7及び8に掲げるもののほか、自己免疫性溶血性貧血（AIHAを含む。）										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) 年 月 日			体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日			BMI			
												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															
具体的な疾病名		( )						最終受診日		( 年 月 日 )					
病型		病型（自己免疫性溶血性貧血）：[ 特発性 ・ 続発性 ]													
診断		続発性の原因：( )													
症状	全身	発熱：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 貧血：[ なし ・ あり ] 鉄過剰症状：[ なし ・ あり ] DIC：[ なし ・ あり ]													
	皮膚・粘膜	発疹：[ なし ・ あり ] 色素沈着：[ なし ・ あり ] 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 ] 下血：[ なし ・ あり ] 消化管出血：[ なし ・ あり ] 胆石：[ なし ・ あり ]													
	筋・骨格	関節痛：[ なし ・ あり ]													
	精神・神経	脳出血：[ なし ・ あり ]													
	腎・泌尿器	血尿：[ なし ・ あり ]													
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[ なし ・ あり ] 過多月経：[ なし ・ あり ]													
	耳鼻咽喉	鼻出血：[ なし ・ あり ]													
	その他	歯肉出血：[ なし ・ あり ] 症状（その他）：( )													
	臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載														
病型		病型（自己免疫性溶血性貧血）：[ 特発性 ・ 続発性 ]													
診断		続発性の原因：( )													
症状	全身	発熱：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 貧血：[ なし ・ あり ] 鉄過剰症状：[ なし ・ あり ] DIC：[ なし ・ あり ]													
	皮膚・粘膜	発疹：[ なし ・ あり ] 色素沈着：[ なし ・ あり ] 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 ] 下血：[ なし ・ あり ] 消化管出血：[ なし ・ あり ] 胆石：[ なし ・ あり ]													
	筋・骨格	関節痛：[ なし ・ あり ]													
	精神・神経	脳出血：[ なし ・ あり ]													
	腎・泌尿器	血尿：[ なし ・ あり ]													
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[ なし ・ あり ] 過多月経：[ なし ・ あり ]													
	耳鼻咽喉	鼻出血：[ なし ・ あり ]													
	その他	歯肉出血：[ なし ・ あり ] 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 ]													
		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：( )%													



