

告示番号		27		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		3 先天性赤芽球癆(ダイヤモンド・ブラックファン(Diamond-Blackfan)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) 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															
最終受診日		(年 月 日)													
症状	全身	低身長 (身長-2.0SD以下) : [なし ・ あり]				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]					
	筋・骨格	四肢・骨格奇形 : [なし ・ あり]													
	精神・神経	精神運動発達遅滞 : [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]													
	その他	小奇形 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状	全身	低身長 (身長-2.0SD以下) : [なし ・ あり]				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]					
	筋・骨格	四肢・骨格奇形 : [なし ・ あり]													
	精神・神経	精神運動発達遅滞 : [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]													
	その他	小奇形 : [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 : ()%		好中球数 : ()/μL											
	赤血球数 : ()×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb) : ()g/dL		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]											
	自己抗体種別 : [未実施 ・ 実施] 検査方法 : ()														
	所見 : ()														
	末梢血白血球形態異常 : [なし ・ あり]														
	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)														
		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 ⁴ /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 : ()													

