

告示番号		10		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		1 巨赤芽球性貧血								受付種別		☐ 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)												
診断		二次性の原因：()												
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]		
		消化器症状：[なし ・ あり]						腹部症状：[なし ・ あり]						
	精神・神経	神経症状：[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														
診断		二次性の原因：()												
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]		
		消化器症状：[なし ・ あり]						腹部症状：[なし ・ あり]						
	精神・神経	神経症状：[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 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				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				葉酸：()ng/mL				ビタミンB ₁₂ ：()pg/mL				
		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：()												
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：()%												
		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]												

告示番号		26		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		2 後天性赤芽球癆								受付種別		☐ 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)														
診断		二次性の原因：()														
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]														
	その他	症状 (その他)：()														
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																
診断		二次性の原因：()														
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]														
	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：()% 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)																
骨髓検査		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]														
		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]														
		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]														
		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]														
感染症免疫学的検査		ウイルス検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()														

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		☐ 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															
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 : ()													

告示番号		43		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		4 先天性赤血球形成異常性貧血								受付種別		☐ 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]					
		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		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]					
		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		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]													
		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：()													
		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：()%													
		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		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：[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：()													

告示番号		46		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		5 鉄芽球形貧血										受付種別		☐ 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)													
診断		二次性の原因：()													
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]			
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]													
	耳鼻咽喉	難聴：[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															
診断		二次性の原因：()													
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]			
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]													
	耳鼻咽喉	難聴：[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					
		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：()%													
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)													
骨髄検査		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：()													
骨髄検査		骨髄検査：[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									
		環状鉄芽球が骨髄総赤芽球が15%を超える：[なし ・ あり]													
病理検査		造血細胞の形態異常：赤芽球系：[なし ・ あり] 骨髄球系：[なし ・ あり] 巨核球：[なし ・ あり]													
		骨髄生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)													
		所見：()													

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		☐ 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		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 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 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：()													
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：()													

告示番号		21		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		7 寒冷凝集素症										受付種別		☐ 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)													
診断		二次性の原因：()													
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]			
		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															
診断		二次性の原因：()													
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]			
		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 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 血清ハプトグロビン：()mg/dL・未実施 血小板表面結合 IgG (PA IgG)：()ng/10 ⁷ cells 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]														
	寒冷凝集素価：[未実施 ・ 実施] 所見：()														
	抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 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：()														

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		☐ 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 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 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]							

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		☐ 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																
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]		
		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]		
	消化器	消化管出血 : [なし ・ あり]				胆石 : [なし ・ あり]										
		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]		
		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]		
	消化器	消化管出血 : [なし ・ あり]				胆石 : [なし ・ あり]										
		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 : () / μ L		好中球 : () %		リンパ球 : () %		単球 : () %								
		好酸球 : () %		網赤血球 : () %		赤血球数 : () $\times 10^4 / \mu$ L		ヘモグロビン (Hb) : () g/dL								
		平均赤血球容積 (MCV) : () fL		血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L												
		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 : () μ g/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 : () %														

告示番号		48		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		10 発作性夜間ヘモグロビン尿症								受付種別		☐ 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	発熱：[なし ・ あり]				易感染性：[なし ・ あり]				貧血：[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]			
	消化器	黄疸：[なし ・ あり]				肝腫大：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]			
		腹部症状：[なし ・ あり]				下血：[なし ・ あり]				消化管出血：[なし ・ あり]			
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]											
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]				脳出血：[なし ・ あり]							
	腎・泌尿器	腎機能低下：[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													
症状	全身	発熱：[なし ・ あり]				易感染性：[なし ・ あり]				貧血：[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]			
	消化器	黄疸：[なし ・ あり]				肝腫大：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]			
		腹部症状：[なし ・ あり]				下血：[なし ・ あり]				消化管出血：[なし ・ あり]			
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]											
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]				脳出血：[なし ・ あり]							
	腎・泌尿器	腎機能低下：[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 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]								
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：()												
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)												
	有核細胞数：()×10 ⁴ /μL		巨核球数：()/mL										
病理検査	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]												
	骨髓生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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]							

告示番号		1		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		11 遺伝性球状赤血球症										受付種別		☐ 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)				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] 脾腫大：[なし ・ あり] 胆石：[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] 脾腫大：[なし ・ あり] 胆石：[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 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	赤血球特殊検査：[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：()														
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()														
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()														

告示番号		4		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		12 □唇赤血球症										受付種別		☐ 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] 脾腫大：[なし ・ あり] 胆石：[なし ・ あり] 消化器症状：[なし ・ あり] 腹部症状：[なし ・ あり]													
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]													
	眼	眼症状：[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] 脾腫大：[なし ・ あり] 胆石：[なし ・ あり] 消化器症状：[なし ・ あり] 腹部症状：[なし ・ あり]													
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]													
	眼	眼症状：[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 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	赤血球特殊検査：[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：()														

告示番号		2		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		13 鎌状赤血球症								受付種別		☐ 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] 易感染性 : [なし ・ あり] 貧血 : [なし ・ あり] 血栓症 : [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]									
		筋・骨格		関節痛 : [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		低身長 (身長-2.0SD以下) : [なし ・ あり] 易感染性 : [なし ・ あり] 貧血 : [なし ・ あり] 血栓症 : [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]									
		筋・骨格		関節痛 : [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 : () / μ L 好中球 : () % リンパ球 : () % 単球 : () % 好酸球 : () % 網赤血球 : () % 赤血球数 : () $\times 10^4 / \mu$ L 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 : () $\times 10^4 / \mu$ L 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 : () μ g/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 : ()											

告示番号		7		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		14 不安定ヘモグロビン症										受付種別		☐ 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] 脾腫大：[なし ・ あり] 胆石：[なし ・ あり]															
	腎・泌尿器	血尿：[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] 脾腫大：[なし ・ あり] 胆石：[なし ・ あり]															
	腎・泌尿器	血尿：[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：()															

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		☐ 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 : ()													

告示番号		3		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		16 グルコース-6-リン酸脱水素酵素欠乏症										受付種別		☐ 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] 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															
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] 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 白血球分画：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 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		グルコース-6-リン酸脱水素酵素 (G6PDH) 活性：[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：()													
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													
検査所見（その他）		検査所見（その他）：()													

告示番号		6		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		17 ピルビン酸キナーゼ欠乏性貧血										受付種別		☐ 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]				血栓症：[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															
症状	全身	貧血：[なし ・ あり]				鉄過剰症状：[なし ・ あり]				血栓症：[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	白血球分画：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							
	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	ピルビン酸キナーゼ (PK) 活性：[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)														
尿検査	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	CT検査（肝）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)														
	所見：()														
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)									
		所見：()													
検査所見（その他）		検査所見（その他）：()													

告示番号		8		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		18 11から17までに掲げるもののほか、遺伝性溶血性貧血										受付種別		☐ 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															
具体的な疾病名		()								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] 脾腫大：[なし ・ あり] 胆石：[なし ・ あり]													
	精神・神経	神経症状：[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] 脾腫大：[なし ・ あり] 胆石：[なし ・ あり]													
	精神・神経	神経症状：[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 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		赤血球特殊検査：[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：()													
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													
検査所見（その他）		検査所見（その他）：()													

告示番号		52		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		19 溶血性貧血（脾機能亢進症によるものに限る。）										受付種別		☐ 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)													
診断		二次性の原因：()													
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]						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															
診断		二次性の原因：()													
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]						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 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 血清ハプトグロビン：()mg/dL・未実施 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：()													
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：()													
検査所見（その他）		検査所見（その他）：()													

告示番号		47		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		20 微小血管障害性溶血性貧血										受付種別		☐ 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)													
診断		二次性の原因：()													
症状	全身	貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり]				高血圧：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]				浮腫：[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] 腹部症状：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり] 下血：[なし ・ あり]				消化器症状：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]					
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]													
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]				腎機能低下：[なし ・ あり]				腎炎：[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															
診断		二次性の原因：()													
症状	全身	貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり]				高血圧：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]				浮腫：[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] 腹部症状：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり] 下血：[なし ・ あり]				消化器症状：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]					
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]													
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]				腎機能低下：[なし ・ あり]				腎炎：[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 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		赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検査法：() 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：()													
検査所見（その他）		検査所見（その他）：()													

告示番号		25		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		21 真性多血症										受付種別		☐ 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)				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		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]			
		精神・神経		神経症状：[なし ・ あり]															
		呼吸器・循環器		呼吸障害：[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		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]			
		精神・神経		神経症状：[なし ・ あり]															
		呼吸器・循環器		呼吸障害：[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 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 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 葉酸：()ng/mL ビタミンB ₁₂ ：()pg/mL エリスロポイエチン：()mIU/mL・未実施																	
		末梢血赤血球形態異常：[なし ・ あり] 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 内因性赤芽球コロニー形成：[なし ・ あり]																	
画像検査		超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																	
遺伝学的検査		染色体検査（骨髓）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																	
		染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																	
		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) Jak2V617F遺伝子異常：[なし ・ あり ・ 不明] 遺伝子異常（その他）：()																	
検査所見（その他）		検査所見（その他）：()																	

告示番号		9		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		22 家族性赤血球増加症										受付種別		☐ 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		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]											
				精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]										
					呼吸器・循環器	呼吸障害：[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		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]											
				精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]										
					呼吸器・循環器	呼吸障害：[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 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 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 葉酸：()ng/mL ビタミンB ₁₂ ：()pg/mL													
		末梢血赤血球形態異常：[なし ・ あり] 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：()% 有核細胞数：()×10 ⁴ /μL													
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：()													
遺伝学的検査		染色体検査（骨髓）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													
		染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													
		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													
検査所見（その他）		検査所見（その他）：()													

告示番号		16		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		23 免疫性血小板減少性紫斑病										受付種別		☐ 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)													
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
症状	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり]				出血斑：[なし ・ あり]				紫斑：[なし ・ あり]					
	消化器	下血：[なし ・ あり]				消化管出血：[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	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															
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
症状	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり]				出血斑：[なし ・ あり]				紫斑：[なし ・ あり]					
	消化器	下血：[なし ・ あり]				消化管出血：[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	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 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		PT：()秒 ・ %		PT-INR：()							
		APTT：()秒		直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]		血小板表面結合IgG (PA IgG)：()ng/10 ² cells									
		網状血小板比率：()%		網状血小板比率 (正常対照)：()%											
		抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施]													
		検査方法：()													
		所見：()													
		自己抗体 (Gp II b/III a)：[未実施 ・ 実施]													
		検査方法：()													
		所見：()													
		自己抗体 (GP I b)：[未実施 ・ 実施]													
		検査方法：()													
		所見：()													
		自己抗体（その他）：()													
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)											
		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]					

告示番号		17		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		24 23に掲げるもののほか、血小板減少性紫斑病										受付種別		☐ 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															
具体的な疾病名		()						最終受診日		(年 月 日)					
症状	全身 皮膚・粘膜 消化器 精神・神経 腎・泌尿器 内分泌・代謝 耳鼻咽喉 その他	貧血：[なし ・ あり]													
		出血斑：[なし ・ あり]						紫斑：[なし ・ あり]							
		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]							
		脳出血：[なし ・ あり]													
		血尿：[なし ・ あり]													
		過多月経：[なし ・ あり]													
		鼻出血：[なし ・ あり]													
		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															
症状	全身 皮膚・粘膜 消化器 精神・神経 腎・泌尿器 内分泌・代謝 耳鼻咽喉 その他	貧血：[なし ・ あり]													
		出血斑：[なし ・ あり]						紫斑：[なし ・ あり]							
		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]							
		脳出血：[なし ・ あり]													
		血尿：[なし ・ あり]													
		過多月経：[なし ・ あり]													
		鼻出血：[なし ・ あり]													
		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 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 PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 直接 Coombs 試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 血小板表面結合 IgG (PA IgG)：()ng/10 ⁷ cells 網状血小板比率：()% 網状血小板比率 (正常対照)：()%													
		血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：()													
		所見：()													
		抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施] 検査方法：()													
		所見：()													
		自己抗体 (Gp II b／III a)：[未実施 ・ 実施] 検査方法：()													
		所見：()													
		自己抗体 (GP I b)：[未実施 ・ 実施] 検査方法：()													
		所見：()													
		自己抗体 (その他)：()													
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] 比率所見：()%													
		細胞表面抗原検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
赤血球特殊検査		HAMテスト：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]													

告示番号		18		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		25 血栓性血小板減少性紫斑病										受付種別		☐ 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	発熱：[なし ・ あり]				貧血：[なし ・ あり]				血栓症：[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]					
		下血：[なし ・ あり]				消化管出血：[なし ・ あり]									
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]				脳出血：[なし ・ あり]									
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]				腎機能低下：[なし ・ あり]									
	内分泌・代謝	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															
症状	全身	発熱：[なし ・ あり]				貧血：[なし ・ あり]				血栓症：[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]					
		下血：[なし ・ あり]				消化管出血：[なし ・ あり]									
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]				脳出血：[なし ・ あり]									
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]				腎機能低下：[なし ・ あり]									
	内分泌・代謝	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 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 PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL アンチトロンビン：()% 出血時間：()分 ADAMTS13活性：()% 血清クレアチニン：()mg/dL 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 血清ハプトグロビン：()mg/dL・未実施														
	抗ADAMTS13抗体：[未実施 ・ 実施] 判定：[陰性 ・ 陽性]														
	末梢血赤血球形態異常：[なし ・ あり]														
	所見：()														

告示番号		15		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		26 血小板減少症（脾機能亢進症によるものに限る。）										受付種別		☐ 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)													
診断		二次性の原因：()													
症状	全身 皮膚・粘膜 消化器 精神・神経 腎・泌尿器 内分泌・代謝 耳鼻咽喉 その他	貧血：[なし ・ あり]													
		出血斑：[なし ・ あり]						紫斑：[なし ・ あり]							
		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]							
		脳出血：[なし ・ あり]													
		血尿：[なし ・ あり]													
		過多月経：[なし ・ あり]													
		鼻出血：[なし ・ あり]													
		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															
診断		二次性の原因：()													
症状	全身 皮膚・粘膜 消化器 精神・神経 腎・泌尿器 内分泌・代謝 耳鼻咽喉 その他	貧血：[なし ・ あり]													
		出血斑：[なし ・ あり]						紫斑：[なし ・ あり]							
		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]							
		脳出血：[なし ・ あり]													
		血尿：[なし ・ あり]													
		過多月経：[なし ・ あり]													
		鼻出血：[なし ・ あり]													
		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 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 PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 直接 Coombs 試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 血小板表面結合 IgG (PA IgG)：()ng/10 ⁷ cells 網状血小板比率：()% 網状血小板比率（正常対照）：()%													
		抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()													
		自己抗体 (Gp II b／III a)：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()													
		自己抗体 (GP I b)：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()													
		自己抗体（その他）：()													
		骨髓検査		骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)											
				所見：()											

告示番号		41		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		27 先天性無巨核球形血小板減少症								受付種別		☐ 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]			
		下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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	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															
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]			
		下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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	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 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		平均血小板容積 (MPV)：()fL										
	血小板数：()×10 ⁴ /μL	PT：()秒 ・ %		PT-INR：()		APTT：()秒									
	LDH：()U/L	直接 Coombs 試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]				血小板表面結合 IgG (PA IgG)：()ng/10 ⁷ cells									
	網状血小板比率：()%		網状血小板比率 (正常対照)：()%												
	抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施] 検査方法：()														
	所見：()														
	自己抗体 (Gp II b/Ⅲ a)：[未実施 ・ 実施] 検査方法：()														
	所見：()														
	自己抗体 (GP I b)：[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：()															
自己抗体 (その他)：()															
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：()														

告示番号		42		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		28 ファンコニ（Fanconi）貧血										受付種別		☐ 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															
最終受診日		(年 月 日)													
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
症状	全身	低身長（身長-2.0SD以下）：[なし ・ あり]				易感染性：[なし ・ あり]				貧血：[なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	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]									
	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]								脳出血：[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	小奇形：[なし ・ あり] 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															
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
症状	全身	低身長（身長-2.0SD以下）：[なし ・ あり]				易感染性：[なし ・ あり]				貧血：[なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	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]									
	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]								脳出血：[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	小奇形：[なし ・ あり] 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：()‰		好中球数：()/μL									
		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											
		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：()													
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：()													
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：()													

告示番号		24		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		29 周期性血小板減少症								受付種別		☐ 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)													
診断		二次性の原因：()													
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]			
		下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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	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															
診断		二次性の原因：()													
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]			
		下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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	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 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 血小板表面結合 IgG (PA IgG)：()ng/10 ⁷ cells 網状血小板比率：()% 網状血小板比率 (正常対照)：()% 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]														
	抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()														
	自己抗体 (Gp II b／Ⅲ a)：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()														
	自己抗体 (GP I b)：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()														
	自己抗体 (その他)：()														
	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()														
	遺伝学的検査：染色体検査 (骨髓)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()														
	検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：()												

告示番号		51		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		30 メイ・ヘグリン（May-Hegglin）異常症										受付種別		☐ 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	高血圧：[なし ・ あり]										浮腫：[なし ・ あり]					
			皮膚・粘膜										出血斑：[なし ・ あり]		紫斑：[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]			
			腎・泌尿器										血尿：[なし ・ あり]		腎機能低下：[なし ・ あり]		蛋白尿：[なし ・ あり]	
			耳鼻咽喉										難聴：[なし ・ あり]		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																		
症状		全身	高血圧：[なし ・ あり]										浮腫：[なし ・ あり]					
			皮膚・粘膜										出血斑：[なし ・ あり]		紫斑：[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]			
			腎・泌尿器										血尿：[なし ・ あり]		腎機能低下：[なし ・ あり]		蛋白尿：[なし ・ あり]	
			耳鼻咽喉										難聴：[なし ・ あり]		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 ⁴ /μL ヘモグロビン（Hb）：()g/dL 平均赤血球容積（MCV）：()fL 平均血小板容積（MPV）：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL																
		末梢血白血球形態異常：[なし ・ あり]																
		所見：()																
		血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()																
骨髓検査		骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																
遺伝学的検査		染色体検査（骨髓）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																
		染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																
		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																
検査所見（その他）		検査所見（その他）：()																

告示番号		49		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		31 本態性血小板血症										受付種別		☐ 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		易感染性：[なし ・ あり]										血栓症：[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		易感染性：[なし ・ あり]										血栓症：[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 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL フィブリノゲン：()mg/dL LDH：()U/L																	
		血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 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																	
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：()																	
遺伝学的検査		染色体検査（骨髓）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																	
		染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																	
		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																	
検査所見（その他）		検査所見（その他）：()																	

告示番号		13		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		32 ベルナル・スーリエ（Bernard-Soulier）症候群										受付種別		☐ 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)													
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
症 状	全身	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] 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]													
	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	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															
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
症 状	全身	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] 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]													
	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	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）：()													

告示番号		12		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		33 血小板無力症								受付種別		☐ 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)													
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
症 状	全身	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] 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]													
	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	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															
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
症 状	全身	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] 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]													
	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	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)：()														

告示番号		11		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		34 血小板放出機構異常症							受付種別		☐ 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)											
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]											
症 状	全身	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] 白皮症：[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]											
	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	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													
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]											
症 状	全身	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] 白皮症：[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]											
	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	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)：()											

告示番号		14		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		35 32から34までに掲げるもののほか、血小板機能異常症										受付種別		☐ 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															
具体的な疾病名		()						最終受診日		(年 月 日)					
症 状	全身	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] 下血：[なし ・ あり]				肝腫大：[なし ・ あり] 消化管出血：[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	脳出血：[なし ・ あり]													
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]													
	内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]													
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]													
症 状	その他	小奇形：[なし ・ あり] 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														
	全身	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] 下血：[なし ・ あり]				肝腫大：[なし ・ あり] 消化管出血：[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	脳出血：[なし ・ あり]													
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]													
内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]														
耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]														
症 状	その他	小奇形：[なし ・ あり] 歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()													

告示番号		31		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		36 先天性フィブリノーゲン欠乏症								受付種別		☐ 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)											
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]											
症状	全身	貧血：[なし ・ あり]						血栓症：[なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]						紫斑：[なし ・ あり]				頭血腫：[なし ・ あり]	
	消化器	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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]											
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]											
	その他	臍出血：[なし ・ あり]						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													
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]											
症状	全身	貧血：[なし ・ あり]						血栓症：[なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]						紫斑：[なし ・ あり]				頭血腫：[なし ・ あり]	
	消化器	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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]											
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]											
	その他	臍出血：[なし ・ あり]						歯肉出血：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()					

告示番号		32		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		37 先天性プロトロンビン欠乏症								受付種別		☐ 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)													
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
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	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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]													
	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															
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
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	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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]													
	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)：()													

告示番号		33		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		38 第Ⅴ因子欠乏症								受付種別		☐ 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)													
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
症 状	全身	貧血：[なし ・ あり]						血栓症：[なし ・ あり]							
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]						紫斑：[なし ・ あり]							
	消化器	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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]													
	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															
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
症 状	全身	貧血：[なし ・ あり]						血栓症：[なし ・ あり]							
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]						紫斑：[なし ・ あり]							
	消化器	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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]													
	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)：()													

告示番号		34		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		39 第Ⅶ因子欠乏症								受付種別		☐ 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)														
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]														
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	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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]														
	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																
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]														
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	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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]														
	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)：()														

告示番号		29		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		40 血友病A										受付種別		☐ 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)													
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
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	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[なし ・ あり]							
	筋・骨格	関節内出血：[なし ・ あり]						筋肉内出血：[なし ・ あり]				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]													
	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															
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
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	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[なし ・ あり]							
	筋・骨格	関節内出血：[なし ・ あり]						筋肉内出血：[なし ・ あり]				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]													
	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）：()													

告示番号		30		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		41 血友病B								受付種別		☐ 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)													
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
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	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[なし ・ あり]							
	筋・骨格	四肢・骨格奇形：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり]						関節内出血：[なし ・ あり] 筋肉内出血：[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]													
	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															
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
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	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[なし ・ あり]							
	筋・骨格	四肢・骨格奇形：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり]						関節内出血：[なし ・ あり] 筋肉内出血：[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]													
	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)：()													

告示番号		35		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		42 第X因子欠乏症								受付種別		☐ 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)													
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
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	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[なし ・ あり]							
	筋・骨格	関節内出血：[なし ・ あり]						筋肉内出血：[なし ・ あり]				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]													
	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															
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
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	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[なし ・ あり]							
	筋・骨格	関節内出血：[なし ・ あり]						筋肉内出血：[なし ・ あり]				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]													
	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)：()													

告示番号		36		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		43 第XI因子欠乏症								受付種別		☐ 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					
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)											
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]											
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	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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]											
	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													
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]											
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	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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]											
	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)：()											

告示番号		37		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		44 第Ⅻ因子欠乏症								受付種別		☐ 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) (姓名)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)			
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)											
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]											
症状	全身	貧血：[なし ・ あり]						血栓症：[なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]						紫斑：[なし ・ あり]					
	消化器	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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]											
	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													
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]											
症状	全身	貧血：[なし ・ あり]						血栓症：[なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]						紫斑：[なし ・ あり]					
	消化器	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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]											
	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)：()											

告示番号		38		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		45 第XIII因子欠乏症								受付種別		☐ 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)													
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
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	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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]													
	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															
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
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	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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]													
	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)：()													

告示番号		39		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		46フォンウィルブランド (von Willebrand) 病								受付種別		☐ 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)												
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]												
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	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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]												
	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														
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]												
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	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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]												
	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)：()												

告示番号		40		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		47 36から46までに掲げるもののほか、先天性血液凝固因子異常										受付種別		☐ 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															
具体的な疾病名		()						最終受診日		(年 月 日)					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
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	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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]													
	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															
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
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	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[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]													
	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）：()													

病名	48 先天性プロテインC欠乏症										受付種別	☐ 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)												
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]												
症状	全身	易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]												
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 出血斑：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり]												
	消化器	下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]												
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]												
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり]												
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり]												
	内分泌・代謝	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													
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]												
症状	全身	易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]												
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 出血斑：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり]												
	消化器	下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]												
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]												
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり]												
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり]												
	内分泌・代謝	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)：()												

告示番号		45		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		49 先天性プロテインS欠乏症										受付種別		☐ 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)															
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]															
症状	全身	易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]															
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 出血斑：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり]															
	消化器	下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]															
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]															
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり]															
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり]															
	内分泌・代謝	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																
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]															
症状	全身	易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]															
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 出血斑：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり]															
	消化器	下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]															
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]															
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり]															
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり]															
	内分泌・代謝	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)：()															

告示番号		28		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		50 先天性アンチトロンビン欠乏症								受付種別		☐ 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)														
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]														
症状	全身	易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]														
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 出血斑：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり]														
	消化器	下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]														
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]														
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり]														
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり]														
	内分泌・代謝	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															
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]														
症状	全身	易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]														
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 出血斑：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり]														
	消化器	下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]														
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]														
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり]														
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり]														
	内分泌・代謝	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)：()														

告示番号		19		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		51 骨髓線維症										受付種別		☐ 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	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] 肝腫大：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり]															
	耳鼻咽喉	鼻出血：[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	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] 肝腫大：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり]															
	耳鼻咽喉	鼻出血：[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 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL フィブリノゲン：()mg/dL LDH：()U/L															
		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：()															
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															
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：()															

告示番号		20		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		52 再生不良性貧血								受付種別		☐ 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)											
病型		病型 (再生不良性貧血): [先天性 ・ 特発性 ・ 二次性 ・ 肝炎後再生不良性貧血]											
診断		二次性の原因: ()											
現在の生活状態		社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]											
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]											
	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] 下血: [なし ・ あり]											
		消化管出血: [なし ・ あり]											
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [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	過多月経: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
	その他	小奇形: [なし ・ あり] 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 (再生不良性貧血): [先天性 ・ 特発性 ・ 二次性 ・ 肝炎後再生不良性貧血]											
診断		二次性の原因: ()											
現在の生活状態		社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]											
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]											
	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] 下血: [なし ・ あり]											
		消化管出血: [なし ・ あり]											
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [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	過多月経: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
	その他	小奇形: [なし ・ あり] 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: ()‰		好中球数: ()/μL		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]		血小板表面結合 IgG (PA IgG): ()ng/10 ⁷ cells									
	抗血小板自己抗体: [未実施 ・ 実施] 検査方法: ()												
	所見: ()												
	自己抗体 (Gp II b/III a): [未実施 ・ 実施] 検査方法: ()												
	所見: ()												
	血小板機能検査: [未実施 ・ 実施] 検査方法: ()												
	所見: ()												
	自己抗体 (GP I b): [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: ()													
自己抗体 (その他): ()													
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] 比率所見: ()%													
HAMテスト: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]													
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: ()											
骨髄検査		骨髄検査: [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] 骨髄球系: [なし ・ あり] 巨核球: [なし ・ あり]											

