

告示番号		20		血液疾患										( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)										1/3	
病名		52 再生不良性貧血														受付種別		<div><input type="checkbox"/> 継続      転出実施主体名</div> <div><input type="checkbox"/> 転入    →    ( )</div>											
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)				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		治癒    ・    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 (申請時) ※直近の状況を記載																													
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): (      )																											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載																													
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 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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 <sup>7</sup> 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法): [    未実施    ・    実施    ]      比率所見: (      )%																									



