

告示番号		46		血液疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（継続申請用）										1/2			
病名		5 鉄芽球形貧血										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → （）			
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 )															
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（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：( )% 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：( )															
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 ) 所見：( )															
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：( )															
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)：( )															

その他の所見（申請時）※直近の状況を記載			
合併症	合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )		
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]		
経過（申請時）※直近の状況を記載			
薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ]      薬剤名：( ) 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]      薬剤名：( ) 免疫グロブリン大量療法：[ なし ・ あり ]      治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] ステロイド薬：[ なし ・ あり ]      除鉄剤：[ なし ・ あり ]		
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ]      頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ] 血小板輸血：[ なし ・ あり ]      頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]		
移植	造血幹細胞移植：[ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ]      実施日：(      年      月      日 )      ドナー：[ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ] 移植細胞：[ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ]      HLA アリル一致度：[ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ] HLA 抗原一致度：[ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ] ex vivo 細胞除去：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 前処置：( )		
治療	治療（その他）：( )		
治療状況	現在の治療状況：[ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ] 現在の治療状況（その他）：( )		
今後の治療方針	今後の治療方針：( ) 治療見込み期間（入院） 開始日：(      年      月      日 )      終了日：(      年      月      日 ) 治療見込み期間（外来） 開始日：(      年      月      日 )      終了日：(      年      月      日 )      通院頻度：(      )回／月		
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )		
医療機関・医師署名			
上記の通り診断します。			
医療機関名	記載年月日	年	月 日
医療機関所在地	診断年月日	年	月 日
電話番号	診療科		
	医師名		
	小児慢性特定疾病 指定医番号	( )	

行政記載欄		
担当自治体		
受理日	年	月 日
公費負担者番号		
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]	
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]	
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限	年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]	
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位校番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日	