

告示番号		22	血液疾患		平成（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書				1/2			
受給者番号（ ）			新規登録 ・ 継続 ・ 転入（転出地： ）									
患者		ふりがな 氏名			男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日（満 歳）					
出生都道府県※1				出生体重		g		出生週数		在胎 週		
現在の身長※2		. cm		現在の体重※2		. kg		母の生年月日		昭和 平成 年 月 日		
発病		年 月 頃			初診日		年 月 日					
大分類病名		28再生不良性貧血			細分類病名		54再生不良性貧血					
病型		以下から1つを選択（病変が複数ある場合には、症状の重症度が一番関与するものを選択） <input type="checkbox"/> 特発性 <input type="checkbox"/> 二次性（原因： ） <input type="checkbox"/> 特殊型（肝炎後 ・ 発作性夜間血色素尿症合併再生不良性貧血 ）										
1. 臨床所見												
現在の 症 状	該当するものに○をつけ、必要な場合は（ ）内に記載											
	出血斑（なし ・ あり）			鼻出血（なし ・ あり）			貧血（なし ・ あり）					
	黄疸（なし ・ あり）			肝脾腫（なし ・ あり）			発熱（なし ・ あり）					
	易感染性（なし ・ あり）			発疹（なし ・ あり）			関節痛（なし ・ あり）					
	血尿（なし ・ あり）			腫瘍（なし ・ あり）								
	その他の症状（なし ・ あり → 詳細： ）											
	現在の生活状態 社会活動（就労 ・ 就学 ・ 家事労働 ・ 在宅療養 ・ 入所 ・ その他） 日常生活（正常 ・ やや不自由だが独力で可能 ・ 制限があり部分介助 ・ 全介助）											
	現在の重症度分類（厚生労働省分類）（ 年 月 日現在） （ Stage 1（軽症） ・ Stage 2（中等症） ・ Stage 3（やや重症） ・ Stage 4（重症） ・ Stage 5（最重症） ）											
	2. 検査所見											
	診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	該当するものに○をつけ、必要な場合は（ ）内に記載										
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 %）									
好中球絶対数（ ）/μL			網赤血球比率（ ）‰			赤血球数（ ）×10 <sup>4</sup> /μL						
ヘモグロビン（ ）g/dL			MCV（ ）fL			血小板数（ ）×10 <sup>4</sup> /μL						
骨髓検査												
検査施行日（ 年 月 日）												
骨髓生検所見（未実施 ・ 実施 → 過形成 ・ 正形成 ・ 低形成）												
骨髓穿刺所見 有核細胞数（ ）×10 <sup>4</sup> /μL 巨核球数（ ）/μL												
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（なし ・ あり ・ 不明）※→ありの場合（赤芽球系 ・ 顆粒球系 ・ 巨核球）												
骨髓染色体検査（未実施 ・ 実施 → 正常 ・ 異常（所見： ））												
PNH関連検査												
Ham試験（未実施 ・ 陰性 ・ 陽性）												
CD59陰性細胞比率（フローサイトメトリー法）（赤血球 ・ 顆粒球 ・ 単球）												
診断時の重症度分類（厚生労働省分類）（ 年 月 日） （ Stage 1（軽症） ・ Stage 2（中等症） ・ Stage 3（やや重症） ・ Stage 4（重症） ・ Stage 5（最重症） ）												
3. その他の所見												
その他の 現在の 所見など	合併症（なし ・ あり → 詳細： ）											
4. 経 過												
現在 の 治 療	（無治療で経過観察 ・ 治療中 → 赤血球輸血 ・ 血小板輸血 ・ 補充療法 ・ G-CSF療法 ・ 除鉄剤 ・ 抗凝固療法 ・ ステロイド薬 ・ 抗腫瘍薬 ・ 再発予防法 ・ 腹膜透析 ・ 血液透析）											
	アンドロゲン療法（なし ・ あり）→ 治療効果（著効 ・ 有効 ・ 無効 ・ 不明）											
	免疫抑制療法（なし ・ あり）→ 使用薬剤（ ） 治療効果（著効 ・ 有効 ・ 無効 ・ 不明）											
	造血細胞移植療法（なし ・ あり）→ 移植実施日（ 年 月 日） 治療効果（著効 ・ 有効 ・ 無効 ・ 不明）											
	※移植ありの場合 ドナー（同胞 ・ 血縁 ・ 非血縁） 移植細胞（骨髓 ・ 末梢血 ・ 臍帯血） HLA（一致 ・ 不一致）											
	サイトカイン類（なし ・ あり）→ 使用薬剤（ ） 治療効果（著効 ・ 有効 ・ 無効 ・ 不明）											
過去の 主な 治療・ 検査など	治療終了日（全ての治療）（ 年 月 日）											

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入

※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

