

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）										1/2						
病名		54 再生不良性貧血										受付種別		<input type="checkbox"/> 新規						
受給者番号				受診日		年		月		日										
ふりがな										(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)										
生年月日		年		月		日		意見書記載時の年齢		歳		か月		日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定		
出生体重				g		出生週数		在胎		週		日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県		() 市区町村		
現在の身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD)				体重 (測定日)		kg (SD)				BMI		肥満度				
				年		月				日		年								月
発病時期		年		月		頃		初診日		年		月		日						
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 ()																		
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																				
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: ()%																	
	赤血球特殊検査		HAMテスト: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 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]																	

受給者番号（		患者氏名（		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）		2/2		
告示番号	22	血液疾患								
病理検査	骨髓生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)									
感染症免疫学的検査	ウイルス検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()									
画像検査	MRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 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：()									
	染色体脆弱性試験：[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）：()									
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 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 ³ 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）：()									
	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：() 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：()										
感染症免疫学的検査	ウイルス検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()									
画像検査	MRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 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：()									
	染色体脆弱性試験：[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：()									
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり] 血栓または出血の既往：[なし ・ あり]									
重症度分類	重症度（再生不良性貧血）：[軽症（Stage1） ・ 中等症（Stage 2） ・ やや重症（Stage3） ・ 重症（Stage4） ・ 最重症（Stage5）]									
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：() ステロイド薬：[なし ・ あり] G-CSF療法：[なし ・ あり] 除鉄剤：[なし ・ あり]									
	アンドロゲン療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]									
	サイトカイン類：[なし ・ あり] 薬剤名：() 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]									
	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：[骨髓 ・ 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）：() 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									
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								
医療機関住所		診療科 医師名 (印)								
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()								