

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---------------------------|---|-----------------------------|--|----------------------|--|-------------|--|-----------------------------|--|-------------------|--|---------------|--|-----|--|-----------------|--|--|--|
| 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） | | | | | | | | | | 1/2 | | | | | | | | | | | |
| 病名 | | 2 後天性赤芽球癆 | | | | | | | | | | 受付種別 | | <input type="checkbox"/> 新規 | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | 受診日 | | 年 | | 月 | | 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな 氏名 (Alphabet) | | | | | | | (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 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 年 | | | | | | 月 | | 日 | | 年 | | 月 | | 日 | | 肥満度 | | % | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 細胞表面抗原検査 | | 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： () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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] | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 感染症免疫学的検査 | | ウイルス検査：[未実施 ・ 実施] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所見： () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|----------------|--|---|--|----|-----------------------|-----|--|
| 受給者番号（ | | ） | | 患者氏名（ | | ） | | | | | |
| 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〉 | 2/2 | |
| 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（骨髄）：[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）：（ ） | | | | | | | | | |
| 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 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：（ ） | | | | | | | | | |
| 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：（ ） | | | | | | | | | |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[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（骨髄）：[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：（ ） | | | | | | | | | | |
| | ステロイド薬：[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：[骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] | | | | | | | | | | |
| | HLAアレル一致度：[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 | | | | | | | | | | |
| 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 | | （ | | | | ） | |