

告示番号		25		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		9 7及び8に掲げるもののほか、自己免疫性溶血性貧血（AIHAを含む。） （具体的な疾病名： ）										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) 年 月 日			体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日			BMI			
												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															
病型		病型（自己免疫性溶血性貧血）：[ 特発性 ・ 続発性 ]													
診断		続発性の原因：( )													
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 ] DIC：[ なし ・ あり ]													
	皮膚・粘膜	発疹：[ なし ・ あり ] 色素沈着：[ なし ・ あり ] 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 ] 胆石：[ なし ・ あり ]													
	筋・骨格	関節痛：[ 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	性腺機能低下：[ なし ・ あり ] 過多月経：[ なし ・ あり ]													
	耳鼻咽喉	鼻出血：[ なし ・ あり ]													
	その他	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（自己免疫性溶血性貧血）：[ 特発性 ・ 続発性 ]													
診断		続発性の原因：( )													
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 ] DIC：[ なし ・ あり ]													
	皮膚・粘膜	発疹：[ なし ・ あり ] 色素沈着：[ なし ・ あり ] 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 ] 胆石：[ なし ・ あり ]													
	筋・骨格	関節痛：[ 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	性腺機能低下：[ なし ・ あり ] 過多月経：[ なし ・ あり ]													
	耳鼻咽喉	鼻出血：[ なし ・ あり ]													
	その他	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：( )% 赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL 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 血清ハプトグロビン：( )mg/dL・未実施 直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]													
		末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ] 所見：( )													
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 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )%													

受給者番号（		）		患者氏名（		）											
告示番号	25	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									
赤血球特殊検査	HAMテスト：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]																
	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）							
	所見：（							）									
尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]			尿中ウロビリリン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]													
便検査	便中ウロビリノーゲン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]			便中ウロビリリン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]													
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	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：（							）									
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：（		）%		赤血球数：（		）×10 <sup>4</sup> /μL		ヘモグロビン（Hb）：（		）g/dL		
	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		
	血清ハプトグロビン：（		）mg/dL・未実施		直接Coombs試験：[ 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）							
	所見：（							）									
尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]			尿中ウロビリリン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]													
便検査	便中ウロビリノーゲン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]			便中ウロビリリン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]													
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[ 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 ]													
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：（													
	抗凝固療法：[ 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 ]			G-CSF療法：[ なし ・ あり ]				除鉄剤：[ なし ・ あり ]									
	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 ]																
	抗体薬／分子標的薬：[ なし ・ あり ]			薬剤名：（													
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 ]													
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[ 未実施 ・ 実施 ]			導入年月：（				年	月								
	治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]																
	血液透析（慢性透析）：[ 未実施 ・ 実施 ]			導入年月（				年	月								
	治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]																
手術	脾摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]			実施日：（				年	月	日）							
	治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]																
手術（その他）：（																	
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（											