

病名	22 家族性赤血球増加症										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（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															
症状		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]			
		精神・神経		神経症状：[なし ・ あり]											
		呼吸器・循環器		呼吸障害：[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															
症状		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]			
		精神・神経		神経症状：[なし ・ あり]											
		呼吸器・循環器		呼吸障害：[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：()% 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 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 葉酸：()ng/mL ビタミンB ₁₂ ：()pg/mL													
		末梢血赤血球形態異常：[なし ・ あり] 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：()% 有核細胞数：()×10 ⁴ /μL													
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)：()													

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		11		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	
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 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	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									
	葉酸：()ng/mL	ビタミンB ₁₂ ：()pg/mL											
	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：()												
	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：()												
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]												
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：() 抗腫瘍薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 抗凝固療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 除鉄剤：[なし ・ あり]												
	抗体薬／分子標的薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 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）：()												
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 ()													