

告示番号		21		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		53 骨髓線維症						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)		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		全身		易感染性 : [なし ・ あり]				貧血 : [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]			
		耳鼻咽喉		鼻出血 : [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		全身		易感染性 : [なし ・ あり]				貧血 : [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]			
		耳鼻咽喉		鼻出血 : [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 : () / μ L 好中球 : () % リンパ球 : () % 単球 : () % 好酸球 : () % 網赤血球 : () % 赤血球数 : () $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL 平均赤血球容積 (MCV) : () fL 平均血小板容積 (MPV) : () fL 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L フィブリノゲン : () mg/dL LDH : () U/L													
		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 : ()													
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 : () $\times 10^4 / \mu$ L													
病理検査		骨髓生検 : [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 : ()													
		CT 検査 (肝) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()													

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	21	血液疾患（							
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）：（ ）								
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 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL フィブリノゲン：（ ）mg/dL LDH：（ ）U/L								
	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：（ ）								
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								
病理検査	骨髓生検：[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：（ ）								
	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）：（ ）								
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	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	免疫抑制薬：[なし ・ あり] 薬剤名：（ ）								
	抗腫瘍薬：[なし ・ あり] 薬剤名：（ ） ステロイド薬：[なし ・ あり]								
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：[骨髓 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアリール一致度：[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（ ）									