

病名	11から17までに掲げるもののほか、遺伝性溶血性貧血 (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)			体重 (測定日)		kg ( SD)		BMI				
	年 月 日			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	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 ] 脾腫大：[ なし ・ あり ] 胆石：[ なし ・ あり ]											
	精神・神経	神経症状：[ 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	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 ] 脾腫大：[ なし ・ あり ] 胆石：[ なし ・ あり ]											
	精神・神経	神経症状：[ 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 <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：( )												
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：( )												
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 ] 尿中ヘモグロビン：[ 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：( )												
	CT検査 (肝)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )												
遺伝学的検査	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	9	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 <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：( )					
	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 ] 尿中ヘモグロビン：[ 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：( )					
	遺伝学的検査 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：( ) 除鉄剤：[ なし ・ あり ]					
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 ]					
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 ( )						