

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|--|--|--|---------------|---|--|----------------------|--|---------------------------------|--|---------------|--|
| 告示番号 | | 6 | | 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 | | 15 サラセミア | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 病型 | | 病型 (サラセミア)：[α-サラセミア ・ β-サラセミア] | | | | | | | | | | | |
| 症状 | 全身 | 低身長 (身長-2.0SD以下)：[なし ・ あり] | | | | 発熱：[なし ・ あり] | | | | 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] | | | | 脾腫大：[なし ・ あり] | | | | 胆石：[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 | | | | | | | | | | | | | |
| 病型 | | 病型 (サラセミア)：[α-サラセミア ・ β-サラセミア] | | | | | | | | | | | |
| 症状 | 全身 | 低身長 (身長-2.0SD以下)：[なし ・ あり] | | | | 発熱：[なし ・ あり] | | | | 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] | | | | 脾腫大：[なし ・ あり] | | | | 胆石：[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 | | | | | | | |
| | | ヘモグロビンF (HbF)：()% 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 | | | | 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 | | ヘモグロビン分画／ヘモグロビン電気泳動：[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：() | | | | | | | |
| 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：() | | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------|--|-------------------------------------|--|---|--|-----|
| 受給者番号（ | | 患者氏名（ | | ） | | |
| 告示番号 | 6 | 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 |
| 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）：（ ） | | | | | |
| 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 ヘモグロビンF（HbF）：（ ）% 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 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 | 手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ） | | | | | |
| 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（ ） | | | | |