

告示番号		45		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		4 先天性赤血球形成異常性貧血								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		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]						肝腫大：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり]			
		筋・骨格		四肢・骨格奇形：[なし ・ あり]									
		精神・神経		精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]									
		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]						肝腫大：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり]			
		筋・骨格		四肢・骨格奇形：[なし ・ あり]									
		精神・神経		精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]									
		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]											
		自己抗体種別：[未実施 ・ 実施] 検査方法：()											
		所見：()											
		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：()											
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：()%											
赤血球特殊検査		HAMテスト：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]											
		赤血球アデノシンデアミナーゼ活性 (eADA)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)											
		所見：()											
		還元型グルタチオン (eGSH)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)											
		所見：()											
骨髓検査		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：()											
病理検査		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 巨核球数：()/mL 造血細胞の形態異常：赤芽球系：[なし ・ あり] 骨髓球系：[なし ・ あり] 巨核球：[なし ・ あり]											
		骨髓生検：[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	45	血液疾患（ <div></div> ）	年度	小児慢性特定疾病	医療意見書（新規申請用）	2/2
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施]	実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）				
	所見：（ <div></div> ）					
	CT検査（肝）：[未実施 ・ 実施]	実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）				
	所見：（ <div></div> ）					
	CT検査（肺）：[未実施 ・ 実施]	実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）				
	所見：（ <div></div> ）					
遺伝学的検査	染色体検査（骨髄）：[未実施 ・ 実施]	実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）				
	所見：（ <div></div> ）					
	染色体検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）				
	所見：（ <div></div> ）					
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）				
	所見：（ <div></div> ）					
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（ <div></div> ）					
検査所見（申請時）※直近の状況を記載						
血液検査	白血球数：（ <div></div> ）/μL	好中球：（ <div></div> ）%	リンパ球：（ <div></div> ）%	単球：（ <div></div> ）%		
	好酸球：（ <div></div> ）%	網赤血球：（ <div></div> ）%	赤血球数：（ <div></div> ）×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン（Hb）：（ <div></div> ）g/dL		
	ヘモグロビンF（HbF）：（ <div></div> ）%	平均赤血球容積（MCV）：（ <div></div> ）fL	血小板数：（ <div></div> ）×10 ⁴ /μL			
	血清直接ビリルビン（D-Bil）：（ <div></div> ）mg/dL	血清間接ビリルビン（I-Bil）：（ <div></div> ）mg/dL	LDH：（ <div></div> ）U/L			
	血清鉄（Fe）：（ <div></div> ）mg/dL	フェリチン：（ <div></div> ）ng/mL・未実施	TIBC：（ <div></div> ）mg/dL	UIBC：（ <div></div> ）μg/dL		
	血清ハプトグロビン：（ <div></div> ）mg/dL・未実施	直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]				
	自己抗体種別：[未実施 ・ 実施]	検査方法：（ <div></div> ）				
	所見：（ <div></div> ）					
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）	検査法：（ <div></div> ）			
	所見：（ <div></div> ）					
骨髄検査	骨髄検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）				
	所見：（ <div></div> ）					
病理検査	骨髄生検：[未実施 ・ 実施]	実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）				
	所見：（ <div></div> ）					
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施]	実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）				
	所見：（ <div></div> ）					
遺伝学的検査	染色体検査（骨髄）：[未実施 ・ 実施]	実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）				
	所見：（ <div></div> ）					
	染色体検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）				
	所見：（ <div></div> ）					
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）				
	所見：（ <div></div> ）					
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（ <div></div> ）					
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：（ <div></div> ）				
既往歴	重症新生児黄疸：[なし ・ あり]	遷延性新生児黄疸：[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：（ <div></div> ）				
	免疫抑制薬：[なし ・ あり]	薬剤名：（ <div></div> ）				
	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]			
	アンドロゲン療法：[なし ・ あり]	薬剤名：（ <div></div> ）				
	治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]					
	サイトカイン類：[なし ・ あり]	薬剤名：（ <div></div> ）				
	治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]					
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]				
移植	造血幹細胞移植：[未実施 ・ 実施 ・ 実施予定]	実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 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：（ <div></div> ）					
治療	治療（その他）：（ <div></div> ）					
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）：（ <div></div> ）					
今後の治療方針	今後の治療方針：（ <div></div> ）					
	治療見込み期間（入院）	開始日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）	終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）			
	治療見込み期間（外来）	開始日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）	終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）	通院頻度：（ <div></div> ）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（ <div></div> ）					