

告示番号		3		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		13 鎌状赤血球症														受付種別		<input type="checkbox"/> 新規											
受給者番号						受診日		年				月		日															
ふりがな										(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		治療 ・ 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		低身長 (身長-2.0SD以下) : [なし ・ あり] 易感染性: [なし ・ あり] 貧血: [なし ・ あり] 血栓症: [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]																									
		筋・骨格		関節痛: [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		低身長 (身長-2.0SD以下) : [なし ・ あり] 易感染性: [なし ・ あり] 貧血: [なし ・ あり] 血栓症: [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]																									
		筋・骨格		関節痛: [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 ヘモグロビンF (HbF): () % 平均赤血球容積 (MCV): () fL 血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L 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: () μ g/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	3	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	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]					
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 ()						