

告示番号		2		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		11 遺伝性球状赤血球症								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規									
受給者番号				受診日		年		月								日					
ふりがな 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	
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		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 ]			
				消化器症状 : [ なし ・ あり ]										腹部症状 : [ 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 ]			
				消化器症状 : [ なし ・ あり ]										腹部症状 : [ 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 : ( ) / $\mu$ 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 : ( ) $\mu$ 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		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	2	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 ヘモグロビンF（HbF）：( )% 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 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 ( )						