

告示番号		4		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		16 グルコース-6-リン酸脱水素酵素欠乏症										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		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		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]	
		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]	
		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 白血球分画：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 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		グルコース-6-リン酸脱水素酵素 (G6PDH) 活性：[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：()																			
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		4		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 ⁴ /μL		ヘモグロビン（Hb）：()g/dL						
	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]												
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				()					