

告示番号		52		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		6 無トランスフェリン血症						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 ]						肝腫大：[ なし ・ あり ]						脾腫大：[ 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 ]						肝腫大：[ なし ・ あり ]						脾腫大：[ 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：( )/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 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 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：( )															
骨髓検査		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 <sup>4</sup> /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 ]															
病理検査		骨髓生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )															
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	52	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	染色体検査（骨髄）：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（      年      月      日 ） 所見：（      ）				
	染色体検査：[ 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 <sup>4</sup> /μL      ヘモグロビン（Hb）：（      ）g/dL 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 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：（      ）				
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：（      ）				
骨髄検査	骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（      年      月      日 ） 所見：（      ）				
病理検査	骨髄生検：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（      年      月      日 ） 所見：（      ）				
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	染色体検査（骨髄）：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（      年      月      日 ） 所見：（      ）				
	染色体検査：[ 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 ]				
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：（      ） 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]      薬剤名：（      ） 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 ]				
	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：（      年      月      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 アリル一致度：[ 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：（      ）				
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		(      )	