

告示番号		12		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		1 巨赤芽球性貧血						受付種別		☐ 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 ※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													
診断		二次性の原因：()											
症状	全身	貧血：[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] 消化器症状：[なし ・ あり]						肝腫大：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 腹部症状：[なし ・ あり]					
	精神・神経	神経症状：[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													
診断		二次性の原因：()											
症状	全身	貧血：[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] 消化器症状：[なし ・ あり]						肝腫大：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 腹部症状：[なし ・ あり]					
	精神・神経	神経症状：[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 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 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 葉酸：()ng/mL ビタミンB ₁₂ ：()pg/mL 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：()% 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]											

受給者番号 () 患者氏名 ()

[illegible]

告示番号		28		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		2 後天性赤芽球癆										受付種別		☐ 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																									
診断		二次性の原因：()																							
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]			
		その他		症状 (その他)：()																					
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																									
診断		二次性の原因：()																							
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]			
		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：()%				好中球数：()/μL																	
		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																					
		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：()																							
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 ⁴ /μL				巨核球数：()/mL															
感染症免疫学的検査		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]													
感染症免疫学的検査		ウイルス検査：[未実施 ・ 実施]																							
		所見：()																							

受給者番号（		）		患者氏名（		）																					
告示番号	28	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																	
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	染色体検査（骨髄）：[未実施 ・ 実施]										実施日：（		年		月		日）										
	所見：（																										
	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：（		）%		好中球数：（		）/μL								
	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												
	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：（																											
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：（																										
	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：（																											
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：（																
	免疫抑制薬：[なし ・ あり]										薬剤名：（																
	ステロイド薬：[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：（																
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：（																	
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：（		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：（																											
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（										）																	

告示番号		29		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		3 先天性赤芽球癆(ダイヤモンド・ブラックファン(Diamond-Blackfan)貧血)										受付種別		☐ 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		低身長 (身長-2.0SD以下) : [なし ・ あり]								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		小奇形 : [なし ・ あり] 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]								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		小奇形 : [なし ・ あり] 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 : () % 好中球数 : () / μ L 赤血球数 : () $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL 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 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)																							
骨髄検査		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		骨髄検査 : [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 : () $\times 10^4 / \mu$ L 巨核球数 : () /mL 造血細胞の形態異常 : 赤芽球系 : [なし ・ あり] 骨髄球系 : [なし ・ あり] 巨核球 : [なし ・ あり]																					
		骨髄生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)																					
		所見 : ()																					

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		☐ 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			
										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]			
		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 : () / 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]											
		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)											
骨髄検査		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 : ()											
骨髄検査		骨髄検査 : [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 : () $\times 10^4 / \mu$ L 巨核球数 : () / mL											
		造血細胞の形態異常 : 赤芽球系 : [なし ・ あり] 骨髄球系 : [なし ・ あり] 巨核球 : [なし ・ あり]											
病理検査		骨髄生検 : [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（		）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：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
	CT検査（肝）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
	CT検査（肺）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
遺伝学的検査	染色体検査（骨髓）：[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：（ ）								
	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] 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：（ ）								
	骨髓検査 骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）								
	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：（ ）								
	遺伝学的検査	染色体検査（骨髓）：[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：（ ）							
		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	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：（ ） 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] アンドロゲン療法：[なし ・ あり] 薬剤名：（ ） 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：（ ） 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：（ 年 月 日 ） ドナー：[血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞：[骨髓 ・ 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：（ ）								
	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（ ）									

告示番号		48		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		5 鉄芽球形貧血										受付種別		☐ 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																					
診断		二次性の原因：()																			
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]							
		精神・神経		神経症状：[なし ・ あり]																	
		耳鼻咽喉		難聴：[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																					
診断		二次性の原因：()																			
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]							
		精神・神経		神経症状：[なし ・ あり]																	
		耳鼻咽喉		難聴：[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 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 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：()																			
		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：() 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：()																			
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 ⁴ /μL 巨核球数：()/mL 環状鉄芽球が骨髓総赤芽球が15%を超える：[なし ・ あり] 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：()																			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	48	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
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	CT検査（肺）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）				
	所見：（ ）				
	染色体検査（骨髓）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）				
	所見：（ ）				
遺伝学的検査	染色体検査：[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）：（ ）				
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				
	直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]				
血液検査	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：（ ）				
赤血球特殊検査	所見：（ ）				
	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）				
骨髓検査	所見：（ ）				
	骨髓生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）				
病理検査	所見：（ ）				
	超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）				
画像検査	所見：（ ）				
	染色体検査（骨髓）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）				
遺伝学的検査	所見：（ ）				
	染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）				
	所見：（ ）				
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）				
遺伝学的検査	所見：（ ）				
	検査所見（その他）				
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：（ ）				
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：（ ）				
	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]				
薬物療法	ステロイド薬：[なし ・ あり] 除鉄剤：[なし ・ あり]				
	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]				
輸血療法	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]				
	造血幹細胞移植：[未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日：（ 年 月 日 ）				
移植	ドナー：[血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞：[骨髓 ・ 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：（ ）				
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（ ）					

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		☐ 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 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 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 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]																							
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 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 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：（ ）				
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
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：（ ）				
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]				
	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：[骨髓 ・ 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：（ ）				
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（ ）			

告示番号		23		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		7 寒冷凝集素症										受付種別		☐ 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															
診断		二次性の原因： ()													
症状	全身	貧血：[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] 消化器症状：[なし ・ あり]						肝腫大：[なし ・ あり] 脾腫大：[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															
診断		二次性の原因： ()													
症状	全身	貧血：[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] 消化器症状：[なし ・ あり]						肝腫大：[なし ・ あり] 脾腫大：[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 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 血小板表面結合 IgG (PA IgG)：()ng/10 ⁷ cells 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]													
		寒冷凝集素価：[未実施 ・ 実施] 所見： ()													
		抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施] 検査方法： () 所見： ()													
		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： ()													
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： ()													

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	23	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
赤血球特殊検査	HAMテスト：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]				
	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]				
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]				
感染症免疫学的検査	ウイルス検査：[未実施 ・ 実施] 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：()				
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 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 血小板表面結合IgG（PA IgG）：()ng/10 ⁷ cells 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：()				
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]				
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：()				
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：()				
輸血療法	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]				
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 ()				

告示番号		24		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		8 発作性寒冷ヘモグロビン尿症								受付種別		☐ 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]									
		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]					
		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]									
		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]					
		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 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]											
		寒冷凝集素価：[未実施 ・ 実施] 所見：()											
		Donath Landsteiner抗体：[未実施 ・ 実施] 所見：()											
		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：()											
		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]									
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]											

受給者番号 () 患者氏名 ()

告示番号		14		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	
感染症免疫学的検査		ウイルス検査：[未実施 ・ 実施] 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：()											
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 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：()											
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]											
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：()											
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]											
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 () (印)											

告示番号		25		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		9 7及び8に掲げるもののほか、自己免疫性溶血性貧血（AIHAを含む。） （具体的な疾病名： ）										受付種別		☐ 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															
病型		病型（自己免疫性溶血性貧血）：[特発性 ・ 続発性]													
診断		続発性の原因：()													
症状	全身	発熱：[なし ・ あり]			易感染性：[なし ・ あり]			貧血：[なし ・ あり]			鉄過剰症状：[なし ・ あり]				
		DIC：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり]			色素沈着：[なし ・ あり]			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]			下血：[なし ・ あり]				
		消化管出血：[なし ・ あり]			胆石：[なし ・ あり]										
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]													
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]													
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]													
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]			過多月経：[なし ・ あり]										
耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]														
その他	歯肉出血：[なし ・ あり]														
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
病型		病型（自己免疫性溶血性貧血）：[特発性 ・ 続発性]													
診断		続発性の原因：()													
症状	全身	発熱：[なし ・ あり]			易感染性：[なし ・ あり]			貧血：[なし ・ あり]			鉄過剰症状：[なし ・ あり]				
		DIC：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり]			色素沈着：[なし ・ あり]			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]			下血：[なし ・ あり]				
		消化管出血：[なし ・ あり]			胆石：[なし ・ あり]										
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]													
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]													
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]													
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]			過多月経：[なし ・ あり]										
耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]														
その他	歯肉出血：[なし ・ あり]														
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				
		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：()													
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：()%													

受給者番号 () 患者氏名 ()

告示番号		25		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		
赤血球特殊検査	HAMテスト：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]													
	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：（ ）													
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 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]							
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]							
感染症免疫学的検査	ウイルス検査：[未実施 ・ 実施] 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：（ ）													
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 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：（ ）												
		骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 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]						
	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：（ ）												
	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] 血栓または出血の既往：[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：（ ） 抗凝固療法：[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]													
	サイトカイン類：[なし ・ あり] 薬剤名：（ ） 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]													
	抗体薬／分子標的薬：[なし ・ あり] 薬剤名：（ ） 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]												
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：（ 年 月 ） 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]													
	血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月（ 年 月 ） 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]													
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（ ）														

告示番号		50		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		10 発作性夜間ヘモグロビン尿症						受付種別		☐ 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		発熱：[なし ・ あり] 易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]									
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 色素沈着：[なし ・ あり] 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] 下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり] 胆石：[なし ・ あり]									
		筋・骨格		関節痛：[なし ・ あり]									
		精神・神経		神経症状：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり]									
		腎・泌尿器		腎機能低下：[なし ・ あり]									
		内分泌・代謝		性腺機能低下：[なし ・ あり] 過多月経：[なし ・ あり]									
		耳鼻咽喉		鼻出血：[なし ・ あり]									
		その他		歯肉出血：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()									
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状		全身		発熱：[なし ・ あり] 易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]									
		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり] 色素沈着：[なし ・ あり] 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] 下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり] 胆石：[なし ・ あり]									
		筋・骨格		関節痛：[なし ・ あり]									
		精神・神経		神経症状：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり]									
		腎・泌尿器		腎機能低下：[なし ・ あり]									
		内分泌・代謝		性腺機能低下：[なし ・ あり] 過多月経：[なし ・ あり]									
		耳鼻咽喉		鼻出血：[なし ・ あり]									
		その他		歯肉出血：[なし ・ あり] 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]											
		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]											
		赤血球特殊検査 (その他)：[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) 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]											
病理検査		骨髓生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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]											

受給者番号（		患者氏名（		）	
告示番号	50	血液疾患（	）	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉
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：（ ）				
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：[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 ）				
病理検査	所見：（ ）				
	骨髄生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）				
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]				
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：（ ）				
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]				
既往歴	詳細：（ ）				
	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり] 血栓または出血の既往：[なし ・ あり]				
溶血発作による入院：[なし ・ 時に（年に1～2回） ・ 頻回に（年に3回以上）]					
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：（ ）				
	抗凝固療法：[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]				
	アンドロゲン療法：[なし ・ あり] 薬剤名：（ ）				
輸血療法	治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]				
	抗体薬／分子標的薬：[なし ・ あり] 薬剤名：（ ）				
移植	治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]				
	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]				
移植	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]				
	造血幹細胞移植：[未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日：（ 年 月 日 ）				
治療	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アリール一致度：[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					
小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）					
(印)					

病名	11 遺伝性球状赤血球症										受付種別		☐ 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] 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：()/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]												
		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 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：[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		脾摘手術：[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 ()															

告示番号		5		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		12 口唇赤血球症						受付種別		☐ 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] 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]									
		腎・泌尿器		腎機能低下：[なし ・ あり]									
		眼		眼症状：[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]									
		腎・泌尿器		腎機能低下：[なし ・ あり]									
		眼		眼症状：[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：() / 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		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：()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	5	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]				
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 ()					

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		☐ 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（ ）					

告示番号		8		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		14 不安定ヘモグロビン症						受付種別		☐ 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]									
		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]									
		腎・泌尿器		血尿：[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]									
		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]									
		腎・泌尿器		血尿：[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 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]											
		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	8	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 ()					

告示番号		6		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		15 サラセミア						受付種別		☐ 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													
病型		病型 (サラセミア)：[α-サラセミア ・ β-サラセミア]											
症状	全身	低身長 (身長-2.0SD以下)：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] 易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[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													
病型		病型 (サラセミア)：[α-サラセミア ・ β-サラセミア]											
症状	全身	低身長 (身長-2.0SD以下)：[なし ・ あり] 発熱：[なし ・ あり] 易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[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 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]											
		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	6	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：() $\times 10^4/\mu\text{L}$ ヘモグロビン(Hb)：()g/dL		
	ヘモグロ빈F(HbF)：()% 平均赤血球容積(MCV)：()fL 血小板数：() $\times 10^4/\mu\text{L}$		
	血清直接ビリルビリン(D-Bil)：()mg/dL 血清間接ビリルピン(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globulin：()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	手術：[未実施・実施予定・実施済] 実施日：(年月日) 所見：		
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 医療機関住所		記載年月日 	(印)
		診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

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		☐ 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 ()															

告示番号		7		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		17 ピルビン酸キナーゼ欠乏性貧血										受付種別		☐ 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]				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]			
		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]				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]			
		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		ピルビン酸キナーゼ (PK) 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		7	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)					
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							(印)
			医師名							
			小児慢性特定疾病 指定医番号			(				)

病名	11から17までに掲げるもののほか、遺伝性溶血性貧血 (具体的な疾病名:)										受付種別	☐ 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		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] 脾腫大: [なし ・ あり] 胆石: [なし ・ あり]											
	精神・神経	神経症状: [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]											
	精神・神経	神経症状: [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 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	9	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 ()						

告示番号		54		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		19 溶血性貧血（脾機能亢進症によるものに限る。）										受付種別		☐ 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		肥満度					
				年		月				日		年								月	
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																					
診断		二次性の原因： ()																			
症状	全身	貧血：[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																					
診断		二次性の原因： ()																			
症状	全身	貧血：[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				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：()																			
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	54	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：()					
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：()					
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：() 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 ()			

病名	20 微小血管障害性溶血性貧血										受付種別		☐ 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														
診断		二次性の原因： ()												
症状	全身	貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり]				高血圧：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]				浮腫：[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] 腹部症状：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり] 下血：[なし ・ あり]				消化器症状：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]				
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]												
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]				腎機能低下：[なし ・ あり]				腎炎：[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														
診断		二次性の原因： ()												
症状	全身	貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり]				高血圧：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]				浮腫：[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] 腹部症状：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり] 下血：[なし ・ あり]				消化器症状：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]				
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]												
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]				腎機能低下：[なし ・ あり]				腎炎：[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 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：()				
画像検査		超音波検査 (肝・脾)：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)				()				
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

49

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：()								
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[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]				血栓または出血の既往：[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：()								
	免疫抑制薬：[なし ・ あり] 薬剤名：()								
	抗凝固療法：[なし ・ あり] 薬剤名：()								
	抗けいれん薬：[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]						
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月)								
	治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]								
血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月)									
治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]									
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 ()				

告示番号		27		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		21 真性多血症						受付種別		☐ 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		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]			
		精神・神経		神経症状：[なし ・ あり]											
		呼吸器・循環器		呼吸障害：[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		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]			
		精神・神経		神経症状：[なし ・ あり]											
		呼吸器・循環器		呼吸障害：[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 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 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 葉酸：()ng/mL ビタミンB ₁₂ ：()pg/mL エリスロポイエチン：()mIU/mL・未実施													
		末梢血赤血球形態異常：[なし ・ あり] 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 ⁴ /μL 内因性赤芽球コロニー形成：[なし ・ あり]													
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（骨髓）：[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：()													
		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) Jak2V617F 遺伝子異常：[なし ・ あり ・ 不明] 遺伝子異常（その他）：()													
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

27

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：()×10⁴/μLヘモグロビン(Hb)：()g/dL 平均赤血球容積(MCV)：()fL血小板数：()×10⁴/μL 血清直接ビリルビン(D-Bil)：()mg/dLLDH：()U/L 血清鉄(Fe)：()mg/dLフェリチン：()ng/mL・未実施TIBC：()mg/dLUIBC：()μg/dL 葉酸：()ng/mLビタミンB₁₂：()pg/mL								
骨髓検査	骨髓検査：[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（骨髓）：[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：()								
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]実施日：(年 月 日)Jak2V617F遺伝子異常：[なし ・ あり ・ 不明] 遺伝子異常（その他）：()								
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：() 抗腫瘍薬：[なし ・ あり]薬剤名：() 抗凝固療法：[なし ・ あり]薬剤名：() 除鉄剤：[なし ・ あり]								
	抗体薬／分子標的薬：[なし ・ あり]薬剤名：() 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]								
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）：()								
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：[骨髓 ・ 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：()								
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 医療機関住所 記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 () (印)									

告示番号		11		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		22 家族性赤血球増加症										受付種別		☐ 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		肥満度									
				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		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]			
		精神・神経		神経症状：[なし ・ あり]																					
		呼吸器・循環器		呼吸障害：[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		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]			
		精神・神経		神経症状：[なし ・ あり]																					
		呼吸器・循環器		呼吸障害：[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 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 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 葉酸：()ng/mL ビタミンB ₁₂ ：()pg/mL																							
		末梢血赤血球形態異常：[なし ・ あり] 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：()% 有核細胞数：()×10 ⁴ /μL																							
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		染色体検査 (骨髓)：[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：()																							
		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		11		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				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						
	葉酸：()ng/mL		ビタミンB ₁₂ ：()pg/mL										
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)										
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)										
遺伝学的検査	染色体検査（骨髓）：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)										
	染色体検査：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)										
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)										
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：() 抗腫瘍薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 抗凝固療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 除鉄剤：[なし ・ あり]												
	抗体薬／分子標的薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]												
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）：()												
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：[骨髓 ・ 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：()												
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 ()													

告示番号		18		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		23 免疫性血小板減少性紫斑病										受付種別		☐ 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)				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																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症状		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり]										出血斑：[なし ・ あり]				紫斑：[なし ・ あり]			
		消化器		下血：[なし ・ あり]										消化管出血：[なし ・ あり]							
		筋・骨格		関節痛：[なし ・ あり]																	
		精神・神経		脳出血：[なし ・ あり]																	
		腎・泌尿器		血尿：[なし ・ あり]																	
		内分泌・代謝		過多月経：[なし ・ あり]																	
		耳鼻咽喉		鼻出血：[なし ・ あり]																	
		その他		歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()																	
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症状		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり]										出血斑：[なし ・ あり]				紫斑：[なし ・ あり]			
		消化器		下血：[なし ・ あり]										消化管出血：[なし ・ あり]							
		筋・骨格		関節痛：[なし ・ あり]																	
		精神・神経		脳出血：[なし ・ あり]																	
		腎・泌尿器		血尿：[なし ・ あり]																	
		内分泌・代謝		過多月経：[なし ・ あり]																	
		耳鼻咽喉		鼻出血：[なし ・ あり]																	
		その他		歯肉出血：[なし ・ あり] 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 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 直接 Coombs 試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 血小板表面結合 IgG (PA IgG)：()ng/10 ⁷ cells 網状血小板比率：()% 網状血小板比率 (正常対照)：()%																			
		抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施]																			
		検査方法：()																			
		所見：()																			
		自己抗体 (Gp II b／Ⅲ a)：[未実施 ・ 実施]																			
		検査方法：()																			
		所見：()																			
		自己抗体 (GP I b)：[未実施 ・ 実施]																			
検査方法：()																					
所見：()																					
自己抗体（その他）：()																					
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) 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]																			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	18	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
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	染色体検査（骨髄）：[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					
	平均赤血球容積（MCV）：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 ・ % PT-INR：()					
	APTT：()秒 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 血小板表面結合IgG（PA IgG）：()ng/10 ⁷ cells					
	網状血小板比率：()% 網状血小板比率（正常対照）：()%					
	抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施]					
	検査方法：()					
	所見：()					
血液検査	自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[未実施 ・ 実施]					
	検査方法：()					
	所見：()					
	自己抗体（GPⅠb）：[未実施 ・ 実施]					
検査方法：()						
所見：()						
自己抗体（その他）：()						
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：()						
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	染色体検査（骨髄）：[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：()						
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：()					
	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]					
	ピロリ菌除去：[未実施 ・ 実施] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]					
輸血療法	ステロイド薬：[なし ・ あり]					
	サイトカイン類：[なし ・ あり] 薬剤名：()					
	治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]					
	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]					
手術	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]					
	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]					
治療	手術（その他）：()					
今後の治療方針	治療（その他）：()					
	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 ()					

病名	23に掲げるもののほか、血小板減少性紫斑病 (具体的な疾病名:)										受付種別	☐ 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]											
	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]	
		下血: [なし ・ あり]						消化管出血: [なし ・ あり]					
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	過多月経: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
その他	歯肉出血: [なし ・ あり] 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]											
	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]	
		下血: [なし ・ あり]						消化管出血: [なし ・ あり]					
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	過多月経: [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
その他	歯肉出血: [なし ・ あり] 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							
	平均赤血球容積 (MCV): ()fL	血小板数: ()×10 ⁴ /μL		PT: ()秒 ・ %		PT-INR: ()							
	APTT: ()秒	直接 Coombs 試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]		血小板表面結合 IgG (PA IgG): ()ng/10 ⁷ cells									
	網状血小板比率: ()%	網状血小板比率 (正常対照): ()%											
	血小板機能検査: [未実施 ・ 実施] 検査方法: ()												
	所見: ()												
	抗血小板自己抗体: [未実施 ・ 実施] 検査方法: ()												
	所見: ()												
	自己抗体 (Gp II b／III a): [未実施 ・ 実施] 検査方法: ()												
所見: ()													
自己抗体 (GP I b): [未実施 ・ 実施] 検査方法: ()													
所見: ()													
自己抗体 (その他): ()													
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] 比率所見: ()%												
	細胞表面抗原検査: [未実施 ・ 実施]												
	所見: ()												
赤血球特殊検査	HAMテスト: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]												

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	19	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
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)				
	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]				
感染症免疫学的検査	ウイルス検査：[未実施 ・ 実施] 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：()				
遺伝学的検査	染色体検査（骨髓）：[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 平均赤血球容積（MCV）：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 血小板表面結合IgG（PA IgG）：()ng/10 ⁷ cells 網状血小板比率：()% 網状血小板比率（正常対照）：()%				
	抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()				
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()				
	自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()				
	自己抗体（GPⅠb）：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()				
	自己抗体（その他）：()				
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] 比率所見：()%				
	細胞表面抗原検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()				
赤血球特殊検査	HAMテスト：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]				
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()				
感染症免疫学的検査	ウイルス検査：[未実施 ・ 実施] 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：()				
遺伝学的検査	染色体検査（骨髓）：[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：()				
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：()				
	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] ピロリ菌除去：[未実施 ・ 実施] 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]				
輸血療法	サイトカイン類：[なし ・ あり] 薬剤名：()				
	治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]				
手術	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）：()				
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（ ）					

告示番号		20		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		25 血栓性血小板減少性紫斑病							受付種別		☐ 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	発熱：[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]					肝腫大：[なし ・ あり]					脾腫大：[なし ・ あり]	
		下血：[なし ・ あり]					消化管出血：[なし ・ あり]						
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]					脳出血：[なし ・ あり]						
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]					腎機能低下：[なし ・ あり]						
	内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]											
その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()												
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載													
症 状	全身	発熱：[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]					肝腫大：[なし ・ あり]					脾腫大：[なし ・ あり]	
		下血：[なし ・ あり]					消化管出血：[なし ・ あり]						
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]					脳出血：[なし ・ あり]						
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]					腎機能低下：[なし ・ あり]						
	内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]											
その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 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						
	平均赤血球容積 (MCV)：()fL		血小板数：()×10 ⁴ /μL		PT：()秒 ・ %		PT-INR：()						
	APTT：()秒		フィブリノゲン：()mg/dL		アンチトロンビン：()%								
	出血時間：()分		ADAMTS13活性：()%		血清クレアチニン：()mg/dL								
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									
血清ハプトグロビン：()mg/dL・未実施													
抗ADAMTS13抗体：[未実施 ・ 実施]		判定：[陰性 ・ 陽性]											
末梢血赤血球形態異常：[なし ・ あり] 所見：()													

受給者番号 () 患者氏名 ()

告示番号	20	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 平均赤血球容積（MCV）：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL アンチトロンビン：()% 出血時間：()分 ADAMTS13活性：()% 血清クレアチニン：()mg/dL 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 血清ハプトグロビン：()mg/dL ・ 未実施					
	抗ADAMTS13抗体：[未実施 ・ 実施] 判定：[陰性 ・ 陽性]					
	末梢血赤血球形態異常：[なし ・ あり]					
	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	血栓または出血の既往：[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：() 抗けいれん薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 再発予防法：[なし ・ あり] 薬剤名：() ステロイド薬：[なし ・ あり]					
	抗体薬／分子標的薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 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]					
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]					
	血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]					
治療	治療（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 ()						

病名	26 血小板減少症（脾機能亢進症によるものに限る。）										受付種別		☐ 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														
診断		二次性の原因：()												
症状	全身	貧血：[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]		
		下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[なし ・ あり]						
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]												
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]												
	内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]												
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]												
その他	歯肉出血：[なし ・ あり]						()							
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載														
診断		二次性の原因：()												
症状	全身	貧血：[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]		
		下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[なし ・ あり]						
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]												
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]												
	内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]												
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]												
その他	歯肉出血：[なし ・ あり]						()							
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 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 血小板表面結合IgG (PA IgG)：()ng/10 ⁷ cells 網状血小板比率：()% 網状血小板比率 (正常対照)：()%													
	抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()													
	自己抗体 (Gp II b／Ⅲ a)：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()													
	自己抗体 (GP I b)：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()													
	自己抗体 (その他)：()													

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	17	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
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()				
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：()				
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 平均赤血球容積（MCV）：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 血小板表面結合IgG（PA IgG）：()ng/10 ⁷ cells 網状血小板比率：()% 網状血小板比率（正常対照）：()%				
	抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()				
	自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()				
	自己抗体（GpⅠb）：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()				
	自己抗体（その他）：()				
	骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()			
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：()				
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：()				
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	免疫抑制薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() ピロリ菌除去：[未実施 ・ 実施] 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：() 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]				
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）：()				
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 ()			

告示番号		43		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		27 先天性無巨核球形血小板減少症										受付種別		☐ 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)		体重 (測定日)		kg (SD)		BMI					
										肥満度					
年 月 日		年 月 日		年 月 日		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]											
		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]					
				下血：[なし ・ あり]						脾腫大：[なし ・ あり]					
		精神・神経		脳出血：[なし ・ あり]											
		腎・泌尿器		血尿：[なし ・ あり]											
		内分泌・代謝		過多月経：[なし ・ あり]											
		耳鼻咽喉		鼻出血：[なし ・ あり]											
		その他		歯肉出血：[なし ・ あり]						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]											
		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]					
				下血：[なし ・ あり]						脾腫大：[なし ・ あり]					
		精神・神経		脳出血：[なし ・ あり]											
		腎・泌尿器		血尿：[なし ・ あり]											
		内分泌・代謝		過多月経：[なし ・ あり]											
		耳鼻咽喉		鼻出血：[なし ・ あり]											
		その他		歯肉出血：[なし ・ あり]						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 平均血小版容積 (MPV)：()fL 血小版数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 LDH：()U/L 直接 Coombs 試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 血小板表面結合 IgG (PA IgG)：()ng/10 ⁷ cells 網状血小版比率：()% 網状血小版比率 (正常対照)：()%													
		抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施] 検査方法：()													
		所見：()													
		自己抗体 (Gp II b／III a)：[未実施 ・ 実施] 検査方法：()													
		所見：()													
		自己抗体 (GP I b)：[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：()													
		自己抗体 (その他)：()													
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 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]													
病理検査		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	43	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：（ ）			
	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	平均血小板容積（MPV）：（ ）fL	
	血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL	PT：（ ）秒 ・ %	PT-INR：（ ）	APTT：（ ）秒
	LDH：（ ）U/L	直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	血小板表面結合IgG（PA IgG）：（ ）ng/10 ⁷ cells	
	網状血小板比率：（ ）%	網状血小板比率（正常対照）：（ ）%		
	抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施]	検査方法：（ ）		
	所見：（ ）			
	自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[未実施 ・ 実施]	検査方法：（ ）		
	所見：（ ）			
	自己抗体（GPⅠb）：[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：（ ）			
	自己抗体（その他）：（ ）			
骨髄検査	骨髄検査：[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]	骨髄球系：[なし ・ あり]	巨核球：[なし ・ あり]	
病理検査	骨髄生検：[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：（ ）			
	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：（ ）			
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：（ ）		
	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]		
	ピロリ菌除去：[未実施 ・ 実施]	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]			
	サイトカイン類：[なし ・ あり]	薬剤名：（ ）		
	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]		
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）：（ ）		
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：（ ）			
治療	治療（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（ ）		

告示番号		44		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		28 ファンconi（Fanconi）貧血										受付種別		☐ 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		肥満度					
				年		月				日		年								月	
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																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
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]					
	皮膚・粘膜	色素沈着：[なし ・ あり]										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]					
		下血：[なし ・ あり]										消化管出血：[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]																		脳出血：[なし ・ あり]	
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]																		過多月経：[なし ・ あり]	
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
その他	小奇形：[なし ・ あり] 歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()																				
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
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]					
	皮膚・粘膜	色素沈着：[なし ・ あり]										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]					
		下血：[なし ・ あり]										消化管出血：[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]																		脳出血：[なし ・ あり]	
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]																		過多月経：[なし ・ あり]	
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
その他	小奇形：[なし ・ あり] 歯肉出血：[なし ・ あり] 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：()% 好中球数：()/μL 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																			
		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：()																			
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 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]																			
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	44	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：（ ）									
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）									
所見：（ ）										
染色体脆弱性試験：[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：（ ）‰ 好中球数：（ ）/μL 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									
	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：（ ）										
骨髄検査	骨髄検査：[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] 骨髄球系：[なし ・ あり] 巨核球：[なし ・ あり]									
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：（ ）									
CT検査（肝）：[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：（ ）									
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）									
所見：（ ）										
染色体脆弱性試験：[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：（ ）									
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]									
重症度分類	重症度（再生不良性貧血）：[軽症（Stage1） ・ 中等症（Stage2） ・ やや重症（Stage3） ・ 重症（Stage4） ・ 最重症（Stage5）]									
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：（ ）									
	抗腫瘍薬：[なし ・ あり] 薬剤名：（ ）									
	抗いけいれん薬：[なし ・ あり] 薬剤名：（ ）									
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：（ ）										
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：（ ）										
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：（ 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：（ ）										
治療	治療（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（				）		

告示番号		26		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		29 周期性血小板減少症						受付種別		☐ 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)					
氏名								ふりがな					
(Alphabet)								以前の登録氏名					
(Alphabet)								(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			
										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													
診断		二次性の原因： ()											
症状	全身	貧血： [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]	
		下血： [なし ・ あり]					消化管出血： [なし ・ あり]						
	精神・神経	脳出血： [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿： [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	過多月経： [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血： [なし ・ あり]											
その他	歯肉出血： [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()												
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載													
診断		二次性の原因： ()											
症状	全身	貧血： [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]	
		下血： [なし ・ あり]					消化管出血： [なし ・ あり]						
	精神・神経	脳出血： [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿： [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	過多月経： [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血： [なし ・ あり]											
その他	歯肉出血： [なし ・ あり] 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 平均赤血球容積 (MCV)： () fL 血小板数： () $\times 10^4 / \mu$ L 血小板表面結合 IgG (PA IgG)： () ng/ 10^7 cells 網状血小板比率： () % 網状血小板比率 (正常対照)： () % 直接Coombs試験： [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]												
	抗血小板自己抗体： [未実施 ・ 実施]												
	検査方法： ()												
	所見： ()												
	自己抗体 (Gp II b / III a)： [未実施 ・ 実施]												
	検査方法： ()												
	所見： ()												
骨髄検査	自己抗体 (GP I b)： [未実施 ・ 実施]												
	検査方法： ()												
	所見： ()												
	自己抗体 (その他)： ()												
骨髄検査		骨髄検査： [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	26	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：（ ）					
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 平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL 血小板表面結合IgG（PA IgG）：（ ）ng/10 ⁷ cells 網状血小板比率：（ ）% 網状血小板比率（正常対照）：（ ）% 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]					
	抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 所見：（ ）					
	自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 所見：（ ）					
	自己抗体（GPⅠb）：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 所見：（ ）					
	自己抗体（その他）：（ ）					
骨髄検査	骨髄検査：[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：（ ）					
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：（ ）					
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：（ ） 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] ピロリ菌除去：[未実施 ・ 実施] 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]					
	サイトカイン類：[なし ・ あり] 薬剤名：（ ） 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]					
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）：（ ）					
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			
医療機関住所			年 月 日			
			診療科			
			医師名			
			(印)			
			小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）			

告示番号		53		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		30メイ・ヘグリン（May-Hegglin）異常症										受付種別		☐ 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		肥満度							
				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		高血圧：[なし・あり]										浮腫：[なし・あり]									
		皮膚・粘膜		出血斑：[なし・あり]										紫斑：[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]																			
		腎・泌尿器		血尿：[なし・あり]										腎機能低下：[なし・あり]						蛋白尿：[なし・あり]			
		耳鼻咽喉		難聴：[なし・あり]										鼻出血：[なし・あり]									
		その他		歯肉出血：[なし・あり] 症状(その他)：()																			
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																							
症状		全身		高血圧：[なし・あり]										浮腫：[なし・あり]									
		皮膚・粘膜		出血斑：[なし・あり]										紫斑：[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]																			
		腎・泌尿器		血尿：[なし・あり]										腎機能低下：[なし・あり]						蛋白尿：[なし・あり]			
		耳鼻咽喉		難聴：[なし・あり]										鼻出血：[なし・あり]									
		その他		歯肉出血：[なし・あり] 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 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL																					
		末梢血白血球形態異常：[なし・あり] 所見：()																					
		血小板機能検査：[未実施・実施] 検査方法：() 所見：()																					
骨髓検査		骨髓検査：[未実施・実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																					
遺伝学的検査		染色体検査(骨髓)：[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：()																					
		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		53		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 平均血小板容積（MPV）：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL												
	末梢血白血球形態異常：[なし ・ あり] 所見：()												
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()												
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
遺伝学的検査	染色体検査（骨髓）：[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：()												
	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：()												
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：() ステロイド薬：[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]												
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]												
	血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]												
治療	治療（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 (印)													
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()													

告示番号		10		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		31 カサバツハ・メリット (Kasabach-Merritt) 症候群								受付種別		☐ 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)					
氏名								ふりがな					
(Alphabet)								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			
										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		DIC : [なし ・ あり]										
			巨大血管腫 : [なし ・ あり]										
			部位 (四肢) : [なし ・ あり] 部位 (頭頸部) : [なし ・ あり] 部位 (体幹) : [なし ・ あり] 部位 (内臓) : [なし ・ あり]										
			部位 (その他) : ()										
	皮膚・粘膜		出血斑 : [なし ・ あり] 紫斑 : [なし ・ あり]										
	消化器		消化管出血 : [なし ・ あり]										
	精神・神経		頭蓋内出血 : [なし ・ あり]										
	内分泌・代謝		過多月経 : [なし ・ あり]										
耳鼻咽喉		鼻出血 : [なし ・ あり]											
その他		歯肉出血 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身		DIC : [なし ・ あり]										
			巨大血管腫 : [なし ・ あり]										
			部位 (四肢) : [なし ・ あり] 部位 (頭頸部) : [なし ・ あり] 部位 (体幹) : [なし ・ あり] 部位 (内臓) : [なし ・ あり]										
			部位 (その他) : ()										
	皮膚・粘膜		出血斑 : [なし ・ あり] 紫斑 : [なし ・ あり]										
	消化器		下血 : [なし ・ あり] 消化管出血 : [なし ・ あり]										
	精神・神経		頭蓋内出血 : [なし ・ あり]										
	内分泌・代謝		過多月経 : [なし ・ あり]										
耳鼻咽喉		鼻出血 : [なし ・ あり]											
その他		歯肉出血 : [なし ・ あり] 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											
		平均赤血球容積 (MCV) : () fL 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L PT : () 秒 ・ %											
		PT-INR : () APTT : () 秒 FDP : () μ g/mL ・ 未実施											
		D-dimer : () μ g/mL ・ 未実施 フィブリンゲン : () mg/dL アンチトロンピン : () %											
		出血時間 : () 分											
		血小板機能検査 : [未実施 ・ 実施]											
		検査方法 : ()											
		所見 : ()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		10	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	
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：()								
	MRI検査（脳脊髄）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()								
	MRI検査（その他）：[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 平均赤血球容積（MCV）：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 % PT-INR：() APTT：()秒 FDP：()μg/mL・未実施 D-dimer：()μg/mL・未実施 フィブリノゲン：()mg/dL アンチトロンビン：()% 出血時間：()分								
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 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：()								
	MRI検査（脳脊髄）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()								
	MRI検査（その他）：[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：()								
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：() 抗腫瘍薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 抗凝固療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() ステロイド薬：[なし ・ あり] 抗血小板療法：[なし ・ あり] 抗線溶療法：[なし ・ あり] インターフェロン療法：[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]								
放射線療法	放射線療法：[未実施 ・ 実施]								
手術	塞栓術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 手術（その他）：()								
治療	治療（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 ()									

告示番号		51		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		32 本態性血小板血症						受付種別		☐ 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		易感染性：[なし ・ あり]						血栓症：[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]					
		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		易感染性：[なし ・ あり]						血栓症：[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]					
		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 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL フィブリノゲン：()mg/dL LDH：()U/L													
		血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 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 ⁴ /μL													
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：()													
遺伝学的検査		染色体検査（骨髓）：[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：()													
		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	51	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 平均血小板容積（MPV）：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL フィブリノゲン：()mg/dL LDH：()U/L					
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 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 ⁴ /μL					
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：()					
遺伝学的検査	染色体検査（骨髓）：[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：()					
	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	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]					
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
薬物療法	免疫抑制薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 抗腫瘍薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() ステロイド薬：[なし ・ あり]					
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：[骨髓 ・ 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）：()					
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 ()						

告示番号		15		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		33 ベルナル・スーリエ（Bernard-Soulier）症候群										受付種別		☐ 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																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症状	全身	易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[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] 下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]																			
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]																			
	内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()																			
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症状	全身	易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[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] 下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]																			
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]																			
	内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()																			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		15		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（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 平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%										
	FCM（GPIb／IX／V複合体）：[未実施 ・ 実施] 所見：（ ）										
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 所見：（ ）										
細胞表面抗原検査	細胞表面抗原検査：[未実施 ・ 実施] 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）：（ ）										
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 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%										
	FCM（GPIb／IX／V複合体）：[未実施 ・ 実施] 所見：（ ）										
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 所見：（ ）										
細胞表面抗原検査	細胞表面抗原検査：[未実施 ・ 実施] 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	血栓または出血の既往：[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：（ ） 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：（ ） ステロイド薬：[なし ・ あり] 抗線溶療法：[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）：（ ）										
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（ ）											

告示番号		14		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		34 血小板無力症								受付種別		☐ 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																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症 状	全身	易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[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] 下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]																			
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]																			
	内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()																				
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症 状	全身	易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[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] 下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]																			
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]																			
	内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()																				

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		14		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（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 平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%										
	FCM（GPIb／IX／V複合体）：[未実施 ・ 実施] 所見：（ ）										
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 所見：（ ）										
細胞表面抗原検査	細胞表面抗原検査：[未実施 ・ 実施] 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）：（ ）										
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 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%										
	FCM（GPIb／IX／V複合体）：[未実施 ・ 実施] 所見：（ ）										
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 所見：（ ）										
細胞表面抗原検査	細胞表面抗原検査：[未実施 ・ 実施] 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	血栓または出血の既往：[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：（ ） 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：（ ） ステロイド薬：[なし ・ あり] 抗線溶療法：[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）：（ ）										
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（ ）							

病名	35 血小板放出機構異常症										受付種別	☐ 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						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													
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]											
症状	全身	易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり] 白皮症：[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] 下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]											
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]											
症状	全身	易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり] 白皮症：[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] 下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]											
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		13		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（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 平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%										
	FCM（GPIb／IX／V複合体）：[未実施 ・ 実施] 所見：（ ）										
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 所見：（ ）										
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 所見：（ ）										
病理検査	骨髓生検：[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）：（ ）										
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 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%										
	FCM（GPIb／IX／V複合体）：[未実施 ・ 実施] 所見：（ ）										
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 所見：（ ）										
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 所見：（ ）										
病理検査	骨髓生検：[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	血栓または出血の既往：[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：（ ） 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：（ ） ステロイド薬：[なし ・ あり] 抗線溶療法：[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）：（ ）										
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（ ）											

病名	3633から35までに掲げるもののほか、血小板機能異常症 (具体的な疾病名：)										受付種別	☐ 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	易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[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] 下血：[なし ・ あり]				肝腫大：[なし ・ あり] 消化管出血：[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	脳出血：[なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]											
症状	その他	小奇形：[なし ・ あり] 歯肉出血：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()											
	臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載												
	全身	易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[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] 下血：[なし ・ あり]				肝腫大：[なし ・ あり] 消化管出血：[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	脳出血：[なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]											
内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]												
耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]												
症状	その他	小奇形：[なし ・ あり] 歯肉出血：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		16		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（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 平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%										
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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）：（ ）										
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 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%										
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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	血栓または出血の既往：[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：（ ） 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：（ ） ステロイド薬：[なし ・ あり] 抗線溶療法：[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）：（ ）										
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（				）			

告示番号		33		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		37 先天性フィブリノーゲン欠乏症								受付種別		☐ 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													
現在の生活状態		社会活動 : [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他) : () 日常生活 : [制限なし ・ 制限あり]											
症 状	全身	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] 頭血腫 : [なし ・ あり]											
	消化器	下血 : [なし ・ あり] 消化管出血 : [なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節痛 : [なし ・ あり]											
	精神・神経	脳出血 : [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿 : [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血 : [なし ・ あり]											
	その他	臍出血 : [なし ・ あり] 歯肉出血 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
現在の生活状態		社会活動 : [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他) : () 日常生活 : [制限なし ・ 制限あり]											
症 状	全身	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] 頭血腫 : [なし ・ あり]											
	消化器	下血 : [なし ・ あり] 消化管出血 : [なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節痛 : [なし ・ あり]											
	精神・神経	脳出血 : [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿 : [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血 : [なし ・ あり]											
	その他	臍出血 : [なし ・ あり] 歯肉出血 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		33		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（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 平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%														
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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）：（ ）														
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 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%														
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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	血栓または出血の既往：[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：（ ） 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：（ ）														
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）：（ ）														
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（								）			

告示番号		34		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		38 先天性プロトロンビン欠乏症								受付種別		☐ 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																					
現在の生活状態		社会活動 : [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他) : () 日常生活 : [制限なし ・ 制限あり]																			
症 状	全身	貧血 : [なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	出血斑 : [なし ・ あり]										紫斑 : [なし ・ あり]									
	消化器	下血 : [なし ・ あり]										消化管出血 : [なし ・ あり]									
	筋・骨格	関節痛 : [なし ・ あり]																			
	精神・神経	脳出血 : [なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿 : [なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血 : [なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()																			
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																					
現在の生活状態		社会活動 : [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他) : () 日常生活 : [制限なし ・ 制限あり]																			
症 状	全身	貧血 : [なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	出血斑 : [なし ・ あり]										紫斑 : [なし ・ あり]									
	消化器	下血 : [なし ・ あり]										消化管出血 : [なし ・ あり]									
	筋・骨格	関節痛 : [なし ・ あり]																			
	精神・神経	脳出血 : [なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿 : [なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血 : [なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()																			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		34		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（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 平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%												
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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）：（ ）												
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 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%												
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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	血栓または出血の既往：[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：（ ） 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：（ ）												
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）：（ ）												
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 ）
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				(印)					
				医師名									
				小児慢性特定疾病 指定医番号（				）					

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		35		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（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 平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%														
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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）：（ ）														
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 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%														
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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	血栓または出血の既往：[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：（ ） 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：（ ）														
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）：（ ）														
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（								）			

告示番号		36		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		40 第Ⅶ因子欠乏症								受付種別		☐ 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																					
現在の生活状態		社会活動 : [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他) : () 日常生活 : [制限なし ・ 制限あり]																			
症状	全身	貧血 : [なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	出血斑 : [なし ・ あり]										紫斑 : [なし ・ あり]									
	消化器	下血 : [なし ・ あり]										消化管出血 : [なし ・ あり]									
	筋・骨格	関節痛 : [なし ・ あり]																			
	精神・神経	脳出血 : [なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿 : [なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血 : [なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()																			
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																					
現在の生活状態		社会活動 : [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他) : () 日常生活 : [制限なし ・ 制限あり]																			
症状	全身	貧血 : [なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	出血斑 : [なし ・ あり]										紫斑 : [なし ・ あり]									
	消化器	下血 : [なし ・ あり]										消化管出血 : [なし ・ あり]									
	筋・骨格	関節痛 : [なし ・ あり]																			
	精神・神経	脳出血 : [なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿 : [なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血 : [なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()																			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		36		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（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 平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%												
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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）：（ ）												
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 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%												
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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	血栓または出血の既往：[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：（ ） 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：（ ）												
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）：（ ）												
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 ）
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（								）	

告示番号		31		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		41 血友病A										受付種別		☐ 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																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症 状	全身	貧血：[なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]										紫斑：[なし ・ あり]									
	消化器	下血：[なし ・ あり]										消化管出血：[なし ・ あり]									
	筋・骨格	関節内出血：[なし ・ あり]										筋肉内出血：[なし ・ あり]						関節痛：[なし ・ あり]			
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()																			
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症 状	全身	貧血：[なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]										紫斑：[なし ・ あり]									
	消化器	下血：[なし ・ あり]										消化管出血：[なし ・ あり]									
	筋・骨格	関節内出血：[なし ・ あり]										筋肉内出血：[なし ・ あり]						関節痛：[なし ・ あり]			
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()																			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		31		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（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 平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%										
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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）：（ ）										
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 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%										
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]										
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]										
重症度分類	重症度（血友病）：[軽症（凝固因子活性5%以上40%未満） ・ 中等症（凝固因子活性1%以上5%未満） ・ 重症（凝固因子活性1%未満）]										
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：（ ） 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：（ ）										
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	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）										
治療	治療（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（				）			

病名	42 血友病B										受付種別	☐ 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													
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]											
症状	全身	貧血：[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]					紫斑：[なし ・ あり]						
	消化器	下血：[なし ・ あり]					消化管出血：[なし ・ あり]						
	筋・骨格	四肢・骨格奇形：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり]					関節内出血：[なし ・ あり] 筋肉内出血：[なし ・ あり]						
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()											
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載													
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]											
症状	全身	貧血：[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]					紫斑：[なし ・ あり]						
	消化器	下血：[なし ・ あり]					消化管出血：[なし ・ あり]						
	筋・骨格	四肢・骨格奇形：[なし ・ あり] 関節痛：[なし ・ あり]					関節内出血：[なし ・ あり] 筋肉内出血：[なし ・ あり]						
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		32		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（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 平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%										
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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）：（ ）										
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 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%										
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]										
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]										
重症度分類	重症度（血友病）：[軽症（凝固因子活性5%以上40%未満） ・ 中等症（凝固因子活性1%以上5%未満） ・ 重症（凝固因子活性1%未満）]										
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：（ ） 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：（ ）										
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	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）										
治療	治療（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（				）			

告示番号		37		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		43 第X因子欠乏症								受付種別		☐ 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																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症 状	全身	貧血：[なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]										紫斑：[なし ・ あり]									
	消化器	下血：[なし ・ あり]										消化管出血：[なし ・ あり]									
	筋・骨格	関節内出血：[なし ・ あり]										筋肉内出血：[なし ・ あり]				関節痛：[なし ・ あり]					
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()																			
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症 状	全身	貧血：[なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]										紫斑：[なし ・ あり]									
	消化器	下血：[なし ・ あり]										消化管出血：[なし ・ あり]									
	筋・骨格	関節内出血：[なし ・ あり]										筋肉内出血：[なし ・ あり]				関節痛：[なし ・ あり]					
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()																			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		37		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（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 平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%														
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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）：（ ）														
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 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%														
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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	血栓または出血の既往：[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：（ ） 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：（ ）														
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）：（ ）														
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				（ ）							

病名		44 第XI因子欠乏症										受付種別		☐ 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															
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
症 状	全身	貧血：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]						紫斑：[なし ・ あり]							
	消化器	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[なし ・ あり]							
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]													
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]													
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]													
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]													
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()													
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
症 状	全身	貧血：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]						紫斑：[なし ・ あり]							
	消化器	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[なし ・ あり]							
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]													
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]													
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]													
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]													
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()													

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		38		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（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 平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%										
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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）：（ ）										
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 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%										
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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	血栓または出血の既往：[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：（ ） 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：（ ）										
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）：（ ）										
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（ ）											

告示番号		39		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		45 第Ⅱ因子欠乏症							受付種別		☐ 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													
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]											
症 状	全身	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	下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]											
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()											
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載													
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]											
症 状	全身	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	下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]											
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		39		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（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 平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%														
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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）：（ ）														
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 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%														
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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	血栓または出血の既往：[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：（ ） 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：（ ）														
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）：（ ）														
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（								）			

告示番号		40		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		46 第XIII因子欠乏症								受付種別		☐ 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																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症 状	全身	貧血：[なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]										紫斑：[なし ・ あり]									
	消化器	下血：[なし ・ あり]										消化管出血：[なし ・ あり]									
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]																			
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()																			
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症 状	全身	貧血：[なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]										紫斑：[なし ・ あり]									
	消化器	下血：[なし ・ あり]										消化管出血：[なし ・ あり]									
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]																			
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()																			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		40		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（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 平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%										
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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）：（ ）										
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 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%										
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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	血栓または出血の既往：[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：（ ） 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：（ ）										
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）：（ ）										
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（ ）											

病名		47フォンウィルブランド（von Willebrand）病										受付種別		☐ 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																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症状	全身	貧血：[なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]										紫斑：[なし ・ あり]									
	消化器	下血：[なし ・ あり]										消化管出血：[なし ・ あり]									
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]																			
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()																			
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症状	全身	貧血：[なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]										紫斑：[なし ・ あり]									
	消化器	下血：[なし ・ あり]										消化管出血：[なし ・ あり]									
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]																			
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()																			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		41		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（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 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性（その他）：() インヒビター：()BU VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%												
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 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）：()												
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 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性（その他）：() インヒビター：()BU VWF 抗原量 (VWF:Ag)：()% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%												
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 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	血栓または出血の既往：[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：() 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：()												
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）：()												
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								(印)	
				医師名									
				小児慢性特定疾病 指定医番号				()					

告示番号		42		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		48 37から47までに掲げるもののほか、先天性血液凝固因子異常 (具体的な疾病名：)										受付種別		☐ 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															
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
症 状	全身	貧血：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]						紫斑：[なし ・ あり]							
	消化器	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[なし ・ あり]							
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]													
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]													
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]													
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]													
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]													
症 状	全身	貧血：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]						紫斑：[なし ・ あり]							
	消化器	下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[なし ・ あり]							
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]													
	精神・神経	脳出血：[なし ・ あり]													
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]													
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]													
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()													

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		42		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（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 平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%												
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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）：（ ）												
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 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒 フィブリノゲン：（ ）mg/dL 出血時間：（ ）分 第Ⅶ因子活性：（ ）% 第Ⅸ因子活性：（ ）% 凝固因子活性（その他）：（ ） インヒビター：（ ）BU VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%												
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（ ） 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	血栓または出血の既往：[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：（ ） 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：（ ） 抗線溶療法：[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）：（ ）												
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（ ）													

告示番号		46		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		49 先天性プロテインC欠乏症								受付種別		☐ 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																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症状	全身	易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 出血斑：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり]																			
	消化器	下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]																			
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]																			
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり]																			
	内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()																			
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症状	全身	易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 出血斑：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり]																			
	消化器	下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]																			
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]																			
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり]																			
	内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()																			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	46	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（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 平均赤血球容積（MCV）：()fL 平均血小板容積（MPV）：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性（その他）：() プロテインC活性：()%・未実施 プロテインS活性：()%・未実施 インヒビター：()BU VWF 抗原量（VWF:Ag）：()% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：()%					
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 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）：()					
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 平均血小板容積（MPV）：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性（その他）：() プロテインC活性：()%・未実施 プロテインS活性：()%・未実施 インヒビター：()BU VWF 抗原量（VWF:Ag）：()% リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：()%					
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 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	血栓または出血の既往：[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：() 抗凝固療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 再発予防法：[なし ・ あり] 薬剤名：()					
	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）：()					
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 ()						

告示番号		47		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		50 先天性プロテインS欠乏症								受付種別		☐ 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																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症状	全身	易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 出血斑：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり]																			
	消化器	下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]																			
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]																			
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり]																			
	内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()																			
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症状	全身	易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 出血斑：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり]																			
	消化器	下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]																			
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]																			
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり]																			
	内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()																			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		47		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（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				
	平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL		平均血小板容積（MPV）：（ ）fL		血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL						
	PT：（ ）秒 ・ %		PT-INR：（ ）		APTT：（ ）秒						
	フィブリノゲン：（ ）mg/dL		出血時間：（ ）分		第Ⅶ因子活性：（ ）%		第Ⅸ因子活性：（ ）%				
	凝固因子活性（その他）：（ ）		プロテインS活性：（ ）%・未実施		VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）%		リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%				
	インヒビター：（ ）BU										
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]										
検査方法：（ ）											
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）：（ ）									
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		平均血小板容積（MPV）：（ ）fL		血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL						
	PT：（ ）秒 ・ %		PT-INR：（ ）		APTT：（ ）秒						
	フィブリノゲン：（ ）mg/dL		出血時間：（ ）分		第Ⅶ因子活性：（ ）%		第Ⅸ因子活性：（ ）%				
	凝固因子活性（その他）：（ ）		プロテインS活性：（ ）%・未実施		VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）%		リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%				
	インヒビター：（ ）BU										
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]										
検査方法：（ ）											
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		血栓または出血の既往：[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：（ ）							
		抗凝固療法：[なし ・ あり]		薬剤名：（ ）							
		再発予防法：[なし ・ あり]		薬剤名：（ ）							
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）：（ ）									
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（ ）							

告示番号		30		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		51 先天性アンチトロンビン欠乏症										受付種別		☐ 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		肥満度					
				年		月				日		年								月	
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																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症状	全身	易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 出血斑：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり]																			
	消化器	下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]																			
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]																			
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり]																			
	内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()																			
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症状	全身	易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 出血斑：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり]																			
	消化器	下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]																			
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]																			
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり]																			
	内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血：[なし ・ あり]																			
	その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()																			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		30		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（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				
	平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL		平均血小板容積（MPV）：（ ）fL		血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL						
	PT：（ ）秒 ・ %		PT-INR：（ ）		APTT：（ ）秒						
	フィブリノゲン：（ ）mg/dL		出血時間：（ ）分		第Ⅶ因子活性：（ ）%		第Ⅸ因子活性：（ ）%				
	凝固因子活性（その他）：（ ）		プロテインS活性：（ ）%・未実施		VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）%		リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%				
	インヒビター：（ ）BU										
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]										
検査方法：（ ）											
所見：（ ）											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ ）年（ ）月（ ）日							
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				
	平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL		平均血小板容積（MPV）：（ ）fL		血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL						
	PT：（ ）秒 ・ %		PT-INR：（ ）		APTT：（ ）秒						
	フィブリノゲン：（ ）mg/dL		出血時間：（ ）分		第Ⅶ因子活性：（ ）%		第Ⅸ因子活性：（ ）%				
	凝固因子活性（その他）：（ ）		プロテインS活性：（ ）%・未実施		VWF抗原量（VWF:Ag）：（ ）%		リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（ ）%				
	インヒビター：（ ）BU										
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]										
検査方法：（ ）											
所見：（ ）											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ ）年（ ）月（ ）日							
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		血栓または出血の既往：[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：（ ）							
		抗凝固療法：[なし ・ あり]		薬剤名：（ ）							
		再発予防法：[なし ・ あり]		薬剤名：（ ）							
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）：（ ）									
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（ ）							

告示番号		1		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		52 遺伝性出血性末梢血管拡張症										受付種別		☐ 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																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症状	全身	DIC：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]																			
		毛細血管拡張症：[なし ・ あり] 部位 (舌・口唇・口腔)：[なし ・ あり] 部位 (手指)：[なし ・ あり] 部位 (消化管)：[なし ・ あり]																			
		動静脈奇形：[なし ・ あり] 部位 (脳)：[なし ・ あり] 部位 (脊髄)：[なし ・ あり] 部位 (肺)：[なし ・ あり] 部位 (肝臓)：[なし ・ あり]																			
	消化器	下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]																			
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり]																			
	内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]																			
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[なし ・ あり] SpO ₂ (Room air)：()%																			
	耳鼻咽喉	鼻出血 (反復性)：[なし ・ あり] 頻度：[年に数回 ・ 月に数回 ・ 週に数回 ・ 毎日] 輸血の必要性：[なし ・ あり]																			
その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()																				
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]																			
症状	全身	DIC：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]																			
		毛細血管拡張症：[なし ・ あり] 部位 (舌・口唇・口腔)：[なし ・ あり] 部位 (手指)：[なし ・ あり] 部位 (消化管)：[なし ・ あり]																			
		動静脈奇形：[なし ・ あり] 部位 (脳)：[なし ・ あり] 部位 (脊髄)：[なし ・ あり] 部位 (肺)：[なし ・ あり] 部位 (肝臓)：[なし ・ あり]																			
	消化器	下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]																			
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり]																			
	内分泌・代謝	過多月経：[なし ・ あり]																			
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[なし ・ あり] SpO ₂ (Room air)：()%																			
	耳鼻咽喉	鼻出血 (反復性)：[なし ・ あり] 頻度：[年に数回 ・ 月に数回 ・ 週に数回 ・ 毎日] 輸血の必要性：[なし ・ あり]																			
その他	歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()																				

告示番号		21		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		53 骨髓線維症						受付種別		☐ 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		易感染性 : [なし ・ あり]				貧血 : [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]			
		耳鼻咽喉		鼻出血 : [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		易感染性 : [なし ・ あり]				貧血 : [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]			
		耳鼻咽喉		鼻出血 : [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 平均赤血球容積 (MCV) : () fL 平均血小板容積 (MPV) : () fL 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L フィブリノゲン : () mg/dL LDH : () U/L													
		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 : ()													
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 : () $\times 10^4 / \mu$ L													
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	21	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（骨髓）：[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：（ ）					
	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 平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL 平均血小板容積（MPV）：（ ）fL 血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL フィブリノゲン：（ ）mg/dL LDH：（ ）U/L					
	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：（ ）					
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 ⁴ /μL					
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：（ ）					
遺伝学的検査	染色体検査（骨髓）：[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：（ ）					
	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	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]					
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
薬物療法	免疫抑制薬：[なし ・ あり] 薬剤名：（ ）					
	抗腫瘍薬：[なし ・ あり] 薬剤名：（ ） ステロイド薬：[なし ・ あり]					
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）：（ ）					
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：[骨髓 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアリール一致度：[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）：（ ）					
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（ ）				

告示番号		22		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		54 再生不良性貧血										受付種別		☐ 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)				体重 (測定日)		kg (SD)				BMI		肥満度					
				年		月				日		年								月	
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																					
病型		病型 (再生不良性貧血) : [先天性 ・ 特発性 ・ 二次性 ・ 肝炎後再生不良性貧血]																			
診断		二次性の原因: ()																			
現在の生活状態		社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]																			
症状	全身	発熱: [なし ・ あり] 易感染性: [なし ・ あり] 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] 下血: [なし ・ あり] 消化管出血: [なし ・ あり]																			
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [なし ・ あり]																			
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]																			
	内分泌・代謝	過多月経: [なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]																			
	その他	小奇形: [なし ・ あり] 歯肉出血: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()																			
	臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																				
病型		病型 (再生不良性貧血) : [先天性 ・ 特発性 ・ 二次性 ・ 肝炎後再生不良性貧血]																			
診断		二次性の原因: ()																			
現在の生活状態		社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]																			
症状	全身	発熱: [なし ・ あり] 易感染性: [なし ・ あり] 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] 下血: [なし ・ あり] 消化管出血: [なし ・ あり]																			
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [なし ・ あり]																			
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]																			
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]																			
	内分泌・代謝	過多月経: [なし ・ あり]																			
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]																			
	その他	小奇形: [なし ・ あり] 歯肉出血: [なし ・ あり] 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: ()% 好中球数: ()/μL 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] 血小板表面結合IgG (PA IgG): ()ng/10 ⁷ cells																			
		抗血小板自己抗体: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()																			
		自己抗体 (Gp II b/Ⅲ a): [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()																			
		血小板機能検査: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()																			
		自己抗体 (GP I b): [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()																			
		末梢白血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()																			
		末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()																			
		自己抗体 (その他): ()																			
		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] 比率所見: ()%																	
		赤血球特殊検査		HAMテスト: [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: ()																	
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 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]																			

受給者番号 () 患者氏名 ()

告示番号	22	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
病理検査	骨髓生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
感染症免疫学的検査	ウイルス検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()											
画像検査	MRI 検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 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：()											
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
	染色体脆弱性試験：[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：()% 好中球数：()/μL 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] 血小板表面結合IgG（PA IgG）：()ng/10 ³ cells											
	抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()											
	自己抗体（Gp II b／Ⅲ a）：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()											
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()											
	自己抗体（GP I b）：[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：()											
	自己抗体（その他）：()											
	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] 比率所見：()%										
	赤血球特殊検査	HAMテスト：[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：()												
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 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]											
	病理検査											
	骨髓生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
感染症免疫学的検査	ウイルス検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()											
画像検査	MRI 検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 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：()											
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
	染色体脆弱性試験：[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] 血栓または出血の既往：[なし ・ あり]											
重症度分類	重症度（再生不良性貧血）：[軽症（Stage1） ・ 中等症（Stage 2） ・ やや重症（Stage3） ・ 重症（Stage4） ・ 最重症（Stage5）]											
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：()											
	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：() 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]											
輸血療法	サイトカイン類：[なし ・ あり] 薬剤名：()											
	治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]											
移植	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]											
	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アリール一致度：[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											
今後の治療方針	治療（その他）：()											
	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 ()												