

告示番号		3		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2					
病名		13 鎌状赤血球症								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()							
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 (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 (申請時) ※直近の状況を記載																			
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]																	
		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) : ()																	

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〈継続申請用〉	2/2
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	()	