

告示番号		29		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		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		<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) 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 (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 (申請時) ※直近の状況を記載															
血液検査	白血球数 : ( ) / $\mu$ L 好中球 : ( ) % リンパ球 : ( ) % 単球 : ( ) % 好酸球 : ( ) % 網赤血球 : ( ) % 好中球数 : ( ) / $\mu$ 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 : ( ) $\mu$ 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 : ( )														
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) : ( )														

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	29	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
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 ] 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 (印)							
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )							