

告示番号		21	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		53 骨髄線維症				受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名									
受給者番号			受診日	年	月		日	<input type="checkbox"/> 転入 → ()								
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 (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 (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														
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：()														
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〈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: ()						
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	()		