

告示番号		12		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		1 巨赤芽球形貧血						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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													
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] 腹部症状：[なし ・ あり]			脾腫大：[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 (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 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) 所見：()											
画像検査		超音波検査 (腹部)：[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：()											
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]											

受給者番号 () 患者氏名 ()

告示番号	12	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	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		28		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		2 後天性赤芽球癆						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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													
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 (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：()											
		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]											

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〈継続申請用〉		2/2				
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）：()															
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（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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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 : () / 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 : ()														
	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 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()														
	病理検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()														
	画像検査 : [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			
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		45		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		4 先天性赤血球形成異常性貧血								受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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		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 (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]												
		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	45	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	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 アリル一致度：[8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA 抗原一致度：[完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去：[未実施 ・ 実施 ・ 不明] 前処置：()					
治療	治療（その他）：()					
治療状況	現在の治療状況：[治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況（その他）：()					
今後の治療方針	今後の治療方針：()					
	治療見込み期間（入院） 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間（外来） 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回／月					
医療機関・医師署名						
上記の通り診断します。						
医療機関名		記載年月日 年 月 日				
医療機関住所		診療科				
		医師名 (印)				
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()				

告示番号		48		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		5 鉄芽球形貧血														受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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												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																													
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 (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]																											
		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 ()

報告番号	48	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] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 免疫グロブリン大量療法：[なし ・ あり] ステロイド薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 薬剤名：() 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 除鉄剤：[なし ・ あり]						
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 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] 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] 移植細胞：[骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 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：() 実施日：(年 月 日) ドナー：[血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] HLA アリル一致度：[8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明]						
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（継続申請用）										1/2	
病名		6 無トランスフェリン血症										受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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		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（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：()													
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]													

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〈継続申請用〉	2/2
経過 (申請時) ※直近の状況を記載							
薬物療法	補充療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫グロブリン大量療法: [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ステロイド薬: [なし ・ あり] G-CSF 療法: [なし ・ あり] 除鉄剤: [なし ・ あり]						
輸血療法	赤血球輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]						
移植	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日: (年 月 日) ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髓 ・ 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): ()						
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（継続申請用）										1/2	
病名		7 寒冷凝集素症										受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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															
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] 腹部症状：[なし ・ あり]				脾腫大：[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 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：() 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]													

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〈継続申請用〉	2/2		
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)
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（継続申請用）										1/2	
病名		8 発作性寒冷ヘモグロビン尿症										受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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 (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)：()													

受給者番号 () 患者氏名 ()

告示番号	24	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 ()					

告示番号		25		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		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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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															
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] 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 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) 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）：()													

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〈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		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（継続申請用）										1/2							
病名		10 発作性夜間ヘモグロビン尿症										受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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（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（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：()																			
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：()																			
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		50		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		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：() 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]											
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		2		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		11 遺伝性球状赤血球症																		受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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										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		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 (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]																											

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〈継続申請用〉	2/2
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		5		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		12 口唇赤血球症																		受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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 (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]																											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

[illegible]

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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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] 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: ()/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): ()													

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 ()					

告示番号		8		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		14 不安定ヘモグロビン症								受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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		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 (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)							
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	8	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	()	

告示番号		6		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		15 サラセミア						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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													
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 (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		末梢血赤血球形態異常 : [なし ・ あり] 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 : ()											

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〈継続申請用〉	2/2
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：（
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		4		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		16 グルコース-6-リン酸脱水素酵素欠乏症										受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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 (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 (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)：()																			

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〈継続申請用〉	2/2
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：（
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（継続申請用）										1/2							
病名		17 ピルビン酸キナーゼ欠乏性貧血										受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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 (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 (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)：()																			

受給者番号 () 患者氏名 ()

[illegible]

告示番号		9		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		18 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		☐ 継続 転出実施主体名	
受給者番号				受診日		年 月 日				☐ 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) 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		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 (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：()											
		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]													

受給者番号 () 患者氏名 ()

[illegible]

告示番号		54		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		19 溶血性貧血（脾機能亢進症によるものに限る。）										受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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															
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（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]													

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〈継続申請用〉	2/2
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		49		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		20 微小血管障害性溶血性貧血										受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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															
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 (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)							
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)： ()													
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]													

受給者番号 () 患者氏名 ()

[illegible]

告示番号		27		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		21 真性多血症																		受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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						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		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 (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) 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]																													

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〈継続申請用〉	2/2
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）：()						
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（継続申請用）										1/2	
病名		22 家族性赤血球増加症										受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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 (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) 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		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]													

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
薬物療法	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 アリル一致度：[8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA 抗原一致度：[完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去：[未実施 ・ 実施 ・ 不明] 前処置：()						
治療	治療（その他）：()						
治療状況	現在の治療状況：[治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況（その他）：()						
今後の治療方針	今後の治療方針：() 治療見込み期間（入院） 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間（外来） 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回／月						
医療機関・医師署名							
上記の通り診断します。							
医療機関名				記載年月日 年 月 日			
医療機関住所							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			
				(印)			

告示番号		18		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		23 免疫性血小板減少性紫斑病										受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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															
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 (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 (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]													
血液検査		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)											
		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	18	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
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 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		19		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		24 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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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			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	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 (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): ()%														
	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: ()														
	細胞表面抗原検査 自己抗体 (その他): ()														
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): ()													

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〈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] 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

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		20		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		25 血栓性血小板減少性紫斑病						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名							
受給者番号				受診日		年 月 日				☐ 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) 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		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 (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															
		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]															

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〈継続申請用〉	2/2
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	()		

告示番号		17		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		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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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（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（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：()																		()	
骨髄検査		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]																			
病理検査		検査方法：()																		()	
		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：()																		()	
		CT 検査 (肝)：[未実施 ・ 実施]																			
検査所見 (その他)		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	17	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	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（継続申請用）										1/2	
病名		27 先天性無巨核球形血小板減少症										受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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)		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 (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]											
		精神・神経		下血：[なし ・ あり]						消化管出血：[なし ・ あり]					
				腎・泌尿器		脳出血：[なし ・ あり]									
		内分泌・代謝		血尿：[なし ・ あり]											
		耳鼻咽喉		過多月経：[なし ・ あり]											
その他		鼻出血：[なし ・ あり]													
		歯肉出血：[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：()/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 (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：()													
		末梢血赤血球形態異常：[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〈継続申請用〉										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）：（ ）														
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 ）														
移植	治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]														
	手術（その他）：（ ）														
	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	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（継続申請用）										1/2					
病名		28 ファンコニ（Fanconi）貧血										受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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																			
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（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：()																	
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：()																	

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〈継続申請用〉		2/2	
検査所見 (その他)		染色体脆弱性試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
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 (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：() 抗腫瘍薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 抗けいれん薬：[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)：()											
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〈継続申請用〉		1/2		
病名		29 周期性血小板減少症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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														
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 (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 (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)：()														
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：()							
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	26	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] 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）：()						
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（継続申請用）										1/2																	
病名		30メイ・ヘグリン（May-Hegglin）異常症										受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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		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（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：()																													
骨髄検査		血血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]																													
		検査方法：()																													
		所見：()																													
骨髄検査		骨髄検査：[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)											
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]																													

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〈継続申請用〉	2/2
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 ()			

告示番号		10		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		31 カサバツハ・メリット (Kasabach-Merritt) 症候群										受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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	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（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 : ()														
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 : ()														

受給者番号 () 患者氏名 ()

告示番号	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
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 指定医療機関番号	(	)	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〈継続申請用〉										1/2	
病名		32 本態性血小板血症														受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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				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		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 (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]																											

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〈継続申請用〉	2/2
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		15		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		33 ベルナル・スーリエ (Bernard-Soulier) 症候群								受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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													
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) : ()											
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 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 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 : ()											

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〈継続申請用〉	2/2
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：()			
	ステロイド薬：[なし ・ あり]		抗線溶療法：[なし ・ あり]			
	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：(
	治療見込み期間（外来）	開始日：(	年	月	日)	終了日：(
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			
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		14		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		34 血小板無力症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名			
受給者番号				受診日		年 月 日				☐ 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													
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)：()											
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)：()											

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〈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]						
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		13		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		35 血小板放出機構異常症																		受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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				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																													
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)：()																											
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)：()																											

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〈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]						
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		16		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		36 33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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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				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	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]														
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 (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Ⅷ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]														

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〈継続申請用〉	2/2
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（継続申請用）										1/2	
病名		37 先天性フィブリノーゲン欠乏症										受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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															
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)：()													
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 フィブリノーゲン：()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：()													

受給者番号 () 患者氏名 ()

告知番号	33	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
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：（
	治療見込み期間（外来）	開始日：（	年	月	日）	終了日：（
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
医療機関住所					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		34		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		38 先天性プロトロンビン欠乏症								受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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													
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)：()											
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：()											

受給者番号 () 患者氏名 ()

告知番号	34	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							
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：	()
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		35		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		39 第Ⅴ因子欠乏症										受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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															
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)：()													
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]													

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〈継続申請用〉	2/2
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〈継続申請用〉										1/2	
病名		40 第Ⅶ因子欠乏症														受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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				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																													
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)：()																											
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]																											

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〈継続申請用〉	2/2
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		31		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		41 血友病A														受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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				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																													
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)：()																											
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)]																											

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〈継続申請用〉	2/2
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		32		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		42 血友病B														受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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				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																													
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)：()																											
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)]																											

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〈継続申請用〉	2/2
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〈継続申請用〉										1/2	
病名		43 第X因子欠乏症														受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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												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																													
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)：()																											
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]																											

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〈継続申請用〉	2/2
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		38		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		44 第XI因子欠乏症														受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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				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																													
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)：()																											
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]																											

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〈継続申請用〉	2/2
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（継続申請用）										1/2	
病名		45 第Ⅷ因子欠乏症										受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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															
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)：()													
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]													

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〈継続申請用〉	2/2		
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		40		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		46 第XIII因子欠乏症														受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 転入 → ()											
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																													
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)：()																											
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]																											

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〈継続申請用〉	2/2		
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		41		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		47フォンウィルブランド (von Willebrand) 病								受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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																			
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)：()																	
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]																	

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〈継続申請用〉	2/2
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		42		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		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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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															
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）：()													
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]													

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〈継続申請用〉	2/2
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〈継続申請用〉		1/2	
病名		49 先天性プロテインC欠乏症								受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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													
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)：()											
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]											

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〈継続申請用〉		2/2	
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 医療機関住所		記載年月日 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		47		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		50 先天性プロテインS欠乏症								受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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													
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)：()											
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]											

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〈継続申請用〉	2/2
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（継続申請用）										1/2	
病名		51 先天性アンチトロンビン欠乏症										受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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															
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）：()													
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]													

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〈継続申請用〉	2/2
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（継続申請用）										1/2					
病名		52 遺伝性出血性末梢血管拡張症										受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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																			
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]																	
	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)：()																		
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 ヘマトクリット (Ht)：()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：()%																	
病理検査		病理検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()																	
画像検査		超音波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()																	
		CT検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()																	
		MRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()																	
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) エンドグリン遺伝子異常：[なし ・ あり] ACVRL1遺伝子異常：[なし ・ あり] SMAD4遺伝子異常：[なし ・ あり] 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	1	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							
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 患児との続柄：祖父母：[なし ・ あり ・ 不明] 両親：[なし ・ あり ・ 不明] 兄弟：[なし ・ あり ・ 不明] 子：[なし ・ あり ・ 不明] 叔父・叔母：[なし ・ あり ・ 不明] その他：()						
経過（申請時） ※直近の状況を記載							
薬物療法	抗けいれん薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 薬物療法：[なし ・ あり] 詳細：()						
呼吸管理	酸素療法：[未実施 ・ 実施]						
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]						
内視鏡的治療	内視鏡的治療：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)						
放射線療法	定位放射線療法：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)						
手術	塞栓術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 部位（鼻腔）：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 部位（肺）：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 部位（脳・脊髄）：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 部位（肝）：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]						
	脳外科的治療：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 所見：()						
	外科的治療（その他）：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 所見：()						
移植	肝移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)						
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			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			
				(印)			

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 骨髓線維症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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		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 ()											

告示番号		22		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		54 再生不良性貧血														受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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												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																													
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 (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 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: ()%																									

受給者番号 () 患者氏名 ()

告示番号		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			
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：()														
	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（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：()														
	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	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]														
移植	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）：()														
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 ()															