

病名	<b>1 巨赤芽球性貧血</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号			受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI	
		年 月 日			年 月 日		肥満度	%
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日				
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )							
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり	
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)					
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明	
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載 ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
診断	二次性の原因: ( )							
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]		紫斑: [ なし ・ あり ]				
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]		肝腫大: [ なし ・ あり ]		脾腫大: [ なし ・ あり ]		
		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 ]						
その他	症状 (その他): ( )							
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
診断	二次性の原因: ( )							
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]		紫斑: [ なし ・ あり ]				
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]		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 ]						
その他	症状 (その他): ( )							
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
血液検査	白血球数: ( )/μL		好中球: ( )%	リンパ球: ( )%	単球: ( )%			
	好酸球: ( )%		網赤血球: ( )%					
血液検査	赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL		ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL		平均赤血球容積 (MCV): ( )fL			
	血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 <sub>12</sub> : ( )pg/mL			
	直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]							
	自己抗体種別: [ 未実施 ・ 実施 ]							
	検査方法: ( ) 所見: ( )							
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		検査法: ( ) 所見: ( )			
骨髓検査	骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )					
	赤芽球系: ( )%		顆粒球系: ( )%		単球系: ( )%		リンパ球系: ( )%	
	芽球系: ( )%		造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [ なし ・ あり ]		骨髓球系: [ なし ・ あり ]		巨核球: [ なし ・ あり ]	

告示番号 **10** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

画像検査	超音波検査 (腹部) : [ 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 : ( )
	画像検査 (消化管) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )

検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ( )
------------	------------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数 : ( ) / $\mu$ L 好中球 : ( ) % リンパ球 : ( ) % 単球 : ( ) % 好酸球 : ( ) % 網赤血球 : ( ) % 赤血球数 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン (Hb) : ( ) g/dL 平均赤血球容積 (MCV) : ( ) fL 血小板数 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ L LDH : ( ) U/L 血清鉄 (Fe) : ( ) mg/dL フェリチン : ( ) ng/mL ・ 未実施 TIBC : ( ) mg/dL UIBC : ( ) $\mu$ g/dL 葉酸 : ( ) ng/mL ビタミンB <sub>12</sub> : ( ) 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 ]
治療	治療 (その他) : ( )
治療状況	現在の治療状況 : [ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ] 現在の治療状況 (その他) : ( )
今後の治療方針	今後の治療方針 : ( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : ( 年 月 日 ) 終了日 : ( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日 : ( 年 月 日 ) 終了日 : ( 年 月 日 ) 通院頻度 : ( ) 回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科
	医師名 (印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

病名	<b>2 後天性赤芽球癆</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規					
受給者番号				受診日	年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳	か	月	日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定		
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所 ( ) 都道府県 ( ) 市区町村						
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI			
		年	月	日		年	月	日	肥満度	%		
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日								
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )											
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)								
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性			なし ・ あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		
<b>臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>												
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): ( )										
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>												
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): ( )										
<b>検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>												
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 <sup>4</sup> /μL	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL		平均赤血球容積 (MCV): ( )fL								
	血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL	血清直接ビリルビン (D-Bil): ( )mg/dL		血清間接ビリルビン (I-Bil): ( )mg/dL								
	LDH: ( )U/L	血清鉄 (Fe): ( )mg/dL		フェリチン: ( )ng/mL ・ 未実施								
	TIBC: ( )mg/dL	UIBC: ( )μg/dL										
	直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]											
	自己抗体種別: [ 未実施 ・ 実施 ]											
	検査方法: ( )											
	所見: ( )											
末梢血白血球形態異常: [ なし ・ あり ]												
所見: ( )												
末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ]												
所見: ( )												
細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率 (フローサイトメトリー法): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )%											
赤血球特殊検査	HAMテスト: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]											
	赤血球アデノシンデアミナーゼ活性 (eADA): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )											
	所見: ( )											
	還元型グルタチオン (eGSH): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )											
所見: ( )												
赤血球特殊検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )												
検査法: ( )												
所見: ( )												
骨髓検査	骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )											
	赤芽球系: ( )%		顆粒球系: ( )%		単球系: ( )%		リンパ球系: ( )%					
	芽球系: ( )%		有核細胞数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 ]											
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [ 未実施 ・ 実施 ]											
所見: ( )												

**告示番号 26 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2**

画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	白血球数: ( )/μL 好中球: ( )% リンパ球: ( )% 単球: ( )% 好酸球: ( )% 網赤血球: ( )% 好中球数: ( )/μL 赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ( )fL 血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ( )mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil): ( )mg/dL LDH: ( )U/L 血清鉄 (Fe): ( )mg/dL フェリチン: ( )ng/mL・未実施 TIBC: ( )mg/dL UIBC: ( )μg/dL 直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
	自己抗体種別: [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法: ( ) 所見: ( )

赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 検査法: ( ) 所見: ( )
---------	---

骨髄検査	骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
------	--

画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
------	---

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )

検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )
------------	-----------------

**その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

合併症	合併症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]

**経過 (申請時) ※直近の状況を記載**

薬物療法	補充療法: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( ) 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( ) ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 除鉄剤: [ なし ・ あり ]
	アンドロゲン療法: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( ) 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] サイトカイン類: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( ) 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]

輸血療法	赤血球輸血: [ なし ・ あり ] 頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ] 血小板輸血: [ なし ・ あり ] 頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
------	--

移植	造血幹細胞移植: [ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ] 実施日: ( 年 月 日 ) ドナー: [ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ] 移植細胞: [ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ] HLA アリル一致度: [ 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

治療状況	現在の治療状況: [ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ]
	現在の治療状況 (その他): ( )

今後の治療方針	今後の治療方針: ( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 通院頻度: ( )回/月

**医療機関・医師署名**

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日

医療機関住所 診療科 医師名 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

病名	<b>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)</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年 月 日		

ふりがな 氏名 (Alphabet)	(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定

出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村
------	---	------	--------	--------------	-------------------

現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI
	年 月 日		年 月 日		肥満度 %

発病時期	年 月 頃	初診日	年 月 日	
------	-------	-----	-------	--

就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )				
---------	--	--	--	--	--

手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)	療育手帳	なし ・ あり
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)		

現状評価	治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能	運動制限の必要性	なし ・ あり
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当

**臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載**

症状	全身	低身長 (身長-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]	貧血: [ なし ・ あり ]	鉄過剰症状: [ なし ・ あり ]
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]	紫斑: [ なし ・ あり ]	
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]	肝腫大: [ なし ・ あり ]	脾腫大: [ なし ・ あり ]
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [ なし ・ あり ]		
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]		
	その他	小奇形: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )		

**臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

症状	全身	低身長 (身長-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]	貧血: [ なし ・ あり ]	鉄過剰症状: [ なし ・ あり ]
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]	紫斑: [ なし ・ あり ]	
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]	肝腫大: [ なし ・ あり ]	脾腫大: [ なし ・ あり ]
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [ なし ・ あり ]		
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]		
	その他	小奇形: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )		

**検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載**

血液検査	白血球数: ( )/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 <sup>4</sup> /μL	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL	平均赤血球容積 (MCV): ( )fL	
	血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL	血清直接ビリルビン (D-Bil): ( )mg/dL	血清間接ビリルビン (I-Bil): ( )mg/dL	
	LDH: ( )U/L	血清鉄 (Fe): ( )mg/dL	フェリチン: ( )ng/mL ・ 未実施	
	TIBC: ( )mg/dL	UIBC: ( )μg/dL	直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]	
	自己抗体種別: [ 未実施 ・ 実施 ]	検査方法: ( )		
	所見: ( )			
	末梢血白血球形態異常: [ なし ・ あり ]			
	所見: ( )			

細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率 (フローサイトメトリー法): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	所見: ( )	

赤血球特殊検査	HAMテスト: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]	
	赤血球アデノシンデアミナーゼ活性 (eADA): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	還元型グルタチオン (eGSH): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	赤血球特殊検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	検査法: ( )	
	所見: ( )	

骨髄検査	骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )		
	赤芽球系: ( )%	顆粒球系: ( )%	単球系: ( )%	リンパ球系: ( )%
	芽球系: ( )%	有核細胞数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL	巨核球数: ( )/mL	
	造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [ なし ・ あり ]	骨髄球系: [ なし ・ あり ]	巨核球: [ なし ・ あり ]	

病理検査	骨髄生検: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	所見: ( )	

**告示番号 27 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2**

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 (骨髄)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
	染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	白血球数：( )/μL 好中球：( )% リンパ球：( )% 単球：( )% 好酸球：( )% 網赤血球：( )% 好中球数：( )/μL 赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：( )fL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：( )mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil)：( )mg/dL LDH：( )U/L 血清鉄 (Fe)：( )mg/dL フェリチン：( )ng/mL・未実施 TIBC：( )mg/dL UIBC：( )μg/dL 直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
	自己抗体種別：[ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法：( ) 所見：( )
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 検査法：( ) 所見：( )
骨髄検査	骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
病理検査	骨髄生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
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 ] ステロイド薬：[ なし ・ あり ] G-CSF療法：[ なし ・ あり ] 除鉄剤：[ なし ・ あり ]
	アンドロゲン療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] サイトカイン類：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ] 血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
移植	造血幹細胞移植：[ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ] 実施日：( 年 月 日 ) ドナー：[ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ] 移植細胞：[ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ] HLAアレル一致度：[ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ] HLA抗原一致度：[ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ] ex vivo細胞除去：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 前処置：( )
	治療 (その他)：( )
治療状況	現在の治療状況：[ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ] 現在の治療状況 (その他)：( )
今後の治療方針	今後の治療方針：( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月

**医療機関・医師署名**

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日

医療機関住所 診療科 医師名 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

病名	<b>4 先天性赤血球形成異常性貧血</b>										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢			歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村					
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
発病時期	年 月 頃			初診日	年 月 日								
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校 ( 専攻科を含む ) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 ( 短期大学を含む ) ・ 就労 ( 就学中の就労も含む ) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級 )						療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 ( 障害者手帳 )			なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 )									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			
<b>臨床所見 ( 診断時 ) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>													
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 ): ( )											
<b>臨床所見 ( 申請時 ) ※直近の状況を記載</b>													
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 ): ( )											
<b>検査所見 ( 診断時 ) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>													
血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ L	好中球: ( ) %	リンパ球: ( ) %	単球: ( ) %									
	好酸球: ( ) %	網赤血球: ( ) %	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: ( ) $\mu$ g/dL								
	血清ハプトグロビン: ( ) mg/dL	未実施	直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]										
	自己抗体種別: [ 未実施 ・ 実施 ]	検査方法: ( )											
	所見: ( )												
	末梢血白血球形態異常: [ なし ・ あり ]												
	所見: ( )												
末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ]													
所見: ( )													
細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率 ( フローサイトメトリー法 ): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( ) %												
赤血球特殊検査	HAMテスト: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]												
	赤血球アデノシンデアミナーゼ活性 ( eADA ): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )												
	還元型グルタチオン ( eGSH ): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )												
	赤血球特殊検査 ( その他 ): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )												
骨髄検査	検査法: ( )												
	所見: ( )												
	骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	赤芽球系: ( ) %	顆粒球系: ( ) %	単球系: ( ) %	リンパ球系: ( ) %	芽球系: ( ) %	有核細胞数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L	巨核球数: ( ) / mL				
	造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [ なし ・ あり ] 骨髄球系: [ なし ・ あり ] 巨核球: [ なし ・ あり ]												
病理検査	骨髄生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )												
	所見: ( )												

**告示番号 43 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2**

画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	CT検査 (肺): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )

検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ( )

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	白血球数: ( )/μL 好中球: ( )% リンパ球: ( )% 単球: ( )% 好酸球: ( )% 網赤血球: ( )% 赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 検査法: ( ) 所見: ( )
	骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 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: ( )

骨髄検査: [ 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: ( )

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: [ 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: [ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ]  
HLAアレル一致度: [ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ]  
HLA抗原一致度: [ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ] ex vivo細胞除去: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]  
前処置: ( )

治療 治療 (その他): ( )

治療状況 現在の治療状況: [ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ]  
現在の治療状況 (その他): ( )

今後の治療方針 今後の治療方針: ( )  
治療見込み期間 (入院) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 )  
治療見込み期間 (外来) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 通院頻度: ( )回/月

**医療機関・医師署名**

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日  
医療機関住所  
診療科  
医師名 (印)  
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



病名	<b>5 鉄芽球形貧血</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号			受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI	
	年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日				
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )							
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり	
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)				
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明	
<b>臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>								
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): ( )							
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>								
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): ( )							
<b>検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>								
血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ L		好中球: ( ) %		リンパ球: ( ) %		単球: ( ) %	
	好酸球: ( ) %		網赤血球: ( ) %		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: ( ) $\mu$ g/dL		
直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]								
末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ]								
所見: ( )								
細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率 (フローサイトメトリー法): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( ) %							
赤血球特殊検査	HAMテスト: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]							
	赤血球アデノシンデアミンナーゼ活性 (eADA): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )							
	還元型グルタチオン (eGSH): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )							
	赤血球特殊検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )							
検査法: ( )								
所見: ( )								
骨髓検査	骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )							
	赤芽球系: ( ) %		顆粒球系: ( ) %		単球系: ( ) %		リンパ球系: ( ) %	
	芽球系: ( ) %		有核細胞数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L		巨核球数: ( ) /mL			
環状鉄芽球が骨髓総赤芽球が15%を超える: [ なし ・ あり ]								
造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [ なし ・ あり ] 骨髓球系: [ なし ・ あり ] 巨核球: [ なし ・ あり ]								
病理検査	骨髓生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )							
所見: ( )								

**告示番号 46 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2**

画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	CT検査 (肺): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	白血球数: ( )/μL 好中球: ( )% リンパ球: ( )% 単球: ( )% 好酸球: ( )% 網赤血球: ( )% 赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ( )mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil): ( )mg/dL LDH: ( )U/L 血清鉄 (Fe): ( )mg/dL フェリチン: ( )ng/mL・未実施 TIBC: ( )mg/dL UIBC: ( )μg/dL 直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
	自己抗体種別: [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法: ( ) 所見: ( )
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 検査法: ( ) 所見: ( )
骨髄検査	骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
病理検査	骨髄生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
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: [ 善効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] ステロイド薬: [ 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: [ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ] HLAアリール一致度: [ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ] HLA抗原一致度: [ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ] ex vivo細胞除去: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 前処置: ( )
治療	治療 (その他): ( )
治療状況	現在の治療状況: [ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ] 現在の治療状況 (その他): ( )
今後の治療方針	今後の治療方針: ( ) 治療見込み期間 (入院) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 通院頻度: ( )回/月

**医療機関・医師署名**

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日  
医療機関住所  
診療科  
医師名 (印)  
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

病名	<b>6 無トランスフェリン血症</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号			受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI	
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	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	
<b>臨床所見 ( 診断時 ) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>								
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 ): ( )							
<b>臨床所見 ( 申請時 ) ※直近の状況を記載</b>								
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 ): ( )							
<b>検査所見 ( 診断時 ) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>								
血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ L		好中球: ( ) %		リンパ球: ( ) %		単球: ( ) %	
	好酸球: ( ) %		網赤血球: ( ) ‰		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	
	血清鉄 ( Fe ): ( ) mg/dL		フェリチン: ( ) ng/mL ・ 未実施		TIBC: ( ) mg/dL		LDH: ( ) U/L	
直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]				UIBC: ( ) $\mu$ g/dL				
自己抗体種別: [ 未実施 ・ 実施 ]								
検査方法: ( )								
所見: ( )								
末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ]								
所見: ( )								
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )					
検査法: ( )								
所見: ( )								
骨髓検査	骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )					
赤芽球系: ( ) %		顆粒球系: ( ) %		単球系: ( ) %		リンパ球系: ( ) %		
芽球系: ( ) %		有核細胞数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L		巨核球数: ( ) / mL				
造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [ なし ・ あり ]		骨髓球系: [ 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 (骨髄) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	染色体検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )

検査所見 (その他) 検査所見 (その他) : ( )

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	白血球数 : ( ) / $\mu$ L 好中球 : ( ) % リンパ球 : ( ) % 単球 : ( ) % 好酸球 : ( ) % 網赤血球 : ( ) % 赤血球数 : ( ) $\times 10^4$ / $\mu$ L ヘモグロビン (Hb) : ( ) g/dL 平均赤血球容積 (MCV) : ( ) fL 血小板数 : ( ) $\times 10^4$ / $\mu$ L 血清直接ビリルビン (D-Bil) : ( ) mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil) : ( ) mg/dL LDH : ( ) U/L 血清鉄 (Fe) : ( ) mg/dL フェリチン : ( ) ng/mL 未実施 TIBC : ( ) mg/dL UIBC : ( ) $\mu$ g/dL 直接Coombs試験 : [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
	自己抗体種別 : [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法 : ( ) 所見 : ( )

赤血球特殊検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )  
検査法 : ( )  
所見 : ( )

骨髄検査 : [ 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 : ( )

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	染色体検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )

検査所見 (その他) 検査所見 (その他) : ( )

**その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

合併症 : [ 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 ]

移植 造血幹細胞移植 : [ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ] 実施日 : ( 年 月 日 )  
ドナー : [ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ] 移植細胞 : [ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ]  
HLAアレル一致度 : [ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ]  
HLA抗原一致度 : [ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ] ex vivo細胞除去 : [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]  
前処置 : ( )

治療 治療 (その他) : ( )

治療状況 現在の治療状況 : [ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ]  
現在の治療状況 (その他) : ( )

今後の治療方針 今後の治療方針 : ( )  
治療見込み期間 (入院) 開始日 : ( 年 月 日 ) 終了日 : ( 年 月 日 )  
治療見込み期間 (外来) 開始日 : ( 年 月 日 ) 終了日 : ( 年 月 日 ) 通院頻度 : ( ) 回/月

**医療機関・医師署名**

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日  
医療機関住所 診療科 医師名 (印)  
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

病名	<b>7 寒冷凝集素症</b>										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢			歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村					
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校 ( 専攻科を含む ) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 ( 短期大学を含む ) ・ 就労 ( 就学中の就労も含む ) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級 )						療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 ( 障害者手帳 )			なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 )									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 ( 診断時 ) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 ]			
			消化器症状: [ なし ・ あり ]				腹部症状: [ なし ・ あり ]						
その他	症状 ( その他 ): ( )												
臨床所見 ( 申請時 ) ※ 直近の状況を記載													
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 ]			
			消化器症状: [ なし ・ あり ]				腹部症状: [ なし ・ あり ]						
その他	症状 ( その他 ): ( )												
検査所見 ( 診断時 ) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ L 好中球: ( ) % リンパ球: ( ) % 単球: ( ) % 好酸球: ( ) % 網赤血球: ( ) ‰ 赤血球数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン ( Hb ): ( ) g/dL 平均赤血球容積 ( MCV ): ( ) fL 血小板数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L 血清直接ビリルビン ( D-Bil ): ( ) mg/dL 血清間接ビリルビン ( I-Bil ): ( ) mg/dL LDH: ( ) U/L 血清鉄 ( Fe ): ( ) mg/dL フェリチン: ( ) ng/mL ・ 未実施 TIBC: ( ) mg/dL UIBC: ( ) $\mu$ g/dL 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 <sup>7</sup> cells 直接 Coombs 試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]												
	寒冷凝集素価: [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )												
	抗血小板自己抗体: [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法: ( ) 所見: ( )												
	自己抗体種別: [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法: ( ) 所見: ( )												
	末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ] 所見: ( )												
	細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率 ( フローサイトメトリー法 ): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )											

赤血球特殊検査	HAMテスト: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
	赤血球特殊検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 検査法: ( ) 所見: ( )
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 尿中ウロビリリン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
便検査	便中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 便中ウロビリリン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	白血球数: ( )/μL 好中球: ( )% リンパ球: ( )% 単球: ( )% 好酸球: ( )% 網赤血球: ( )‰ 赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ( )fL 血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>7</sup> 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 ]
輸血療法	赤血球輸血: [ なし ・ あり ] 頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ] 血小板輸血: [ なし ・ あり ] 頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
治療	治療 (その他): ( )
治療状況	現在の治療状況: [ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ] 現在の治療状況 (その他): ( )
今後の治療方針	今後の治療方針: ( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 通院頻度: ( )回/月

**医療機関・医師署名**

上記の通り診断します。			
医療機関名	記載年月日	年	月 日
医療機関住所	診療科		
	医師名		(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		

病名 <b>8 発作性寒冷ヘモグロビン尿症</b>		受付種別		<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号		受診日		年 月 日	
ふりがな 氏名 (Alphabet)			(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢	
出生体重		g		出生時に住民登録をした所 ( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の身長・体重		身長 (測定日) cm ( SD)		体重 (測定日) kg ( SD)	
BMI		肥満度		%	
発病時期		年 月 頃		初診日	
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	
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明	
		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当		する・しない・不明	
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載					
症状	全身	貧血:[ なし・あり ]			
	皮膚・粘膜	出血斑:[ なし・あり ]		紫斑:[ なし・あり ]	
	消化器	黄疸:[ なし・あり ]		肝腫大:[ なし・あり ]	
	その他	脾腫大:[ なし・あり ]			
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 ]	
	その他	脾腫大:[ なし・あり ]			
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載					
血液検査	白血球数:( )/μL 好中球:( )% リンパ球:( )% 単球:( )%				
	好酸球:( )% 網赤血球:( )% 赤血球数:( )×10 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン(Hb):( )g/dL				
	平均赤血球容積(MCV):( )fL 血小板数:( )×10 <sup>4</sup> /μL				
	血清直接ビリルビン(D-Bil):( )mg/dL 血清間接ビリルビン(I-Bil):( )mg/dL LDH:( )U/L				
	血清鉄(Fe):( )mg/dL フェリチン:( )ng/mL・未実施 TIBC:( )mg/dL UIBC:( )μg/dL				
	血清ハプトグロビン:( )mg/dL・未実施 直接Coombs試験:[ 陰性・陽性・不明 ]				
	寒冷凝集素価:[ 未実施・実施 ]				
	所見:( )				
	Donath Landsteiner抗体:[ 未実施・実施 ]				
	所見:( )				
自己抗体種別:[ 未実施・実施 ]					
検査方法:( )					
所見:( )					
末梢血赤血球形態異常:[ なし・あり ]					
所見:( )					
細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率(フローサイトメトリー法):[ 未実施・実施 ] 実施日:( )年( )月( )日 所見:( )%				
赤血球特殊検査	HAMテスト:[ 陰性・陽性・不明 ]				
	赤血球特殊検査(その他):[ 未実施・実施 ] 実施日:( )年( )月( )日				
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 ]				

告示番号 **22** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

感染症免疫学的検査	ウイルス検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )
画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
	CT検査 (肝)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>	
血液検査	白血球数：( )/ $\mu$ L 好中球：( )% リンパ球：( )% 単球：( )% 好酸球：( )% 網赤血球：( )‰ 赤血球数：( ) $\times 10^4/\mu$ L ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：( )fL 血小板数：( ) $\times 10^4/\mu$ L 血清直接ビリルビン (D-Bil)：( )mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil)：( )mg/dL LDH：( )U/L 血清鉄 (Fe)：( )mg/dL フェリチン：( )ng/mL・未実施 TIBC：( )mg/dL UIBC：( ) $\mu$ g/dL 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)：( )
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>	
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 ]
<b>経過 (申請時) ※直近の状況を記載</b>	
薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 免疫グロブリン大量療法：[ なし ・ あり ] 治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] ステロイド薬：[ なし ・ あり ] G-CSF療法：[ なし ・ あり ] 除鉄剤：[ なし ・ あり ]
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ] 血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
治療	治療 (その他)：( )
治療状況	現在の治療状況：[ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ] 現在の治療状況 (その他)：( )
今後の治療方針	今後の治療方針：( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月

**医療機関・医師署名**

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日  
医療機関住所  
診療科  
医師名 (印)  
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



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	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号	受診日	年 月 日	

ふりがな 氏名 (Alphabet)	(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)
--------------------------	---

生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定
------	-------	-----------	--------	----	---------------

出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村
------	---	------	--------	--------------	-------------------

現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	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

**臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載**

病型	病型 ( 自己免疫性溶血性貧血 ) : [ 特発性 ・ 続発性 ]				
診断	続発性の原因: ( )				
症状	全身	発熱: [ なし ・ あり ]	易感染性: [ なし ・ あり ]	貧血: [ なし ・ あり ]	鉄過剰症状: [ なし ・ あり ]
		DIC: [ なし ・ あり ]			
	皮膚・粘膜	発疹: [ なし ・ あり ]	色素沈着: [ なし ・ あり ]	出血斑: [ なし ・ あり ]	紫斑: [ なし ・ あり ]
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]	肝腫大: [ なし ・ あり ]	脾腫大: [ なし ・ あり ]	下血: [ なし ・ あり ]
		消化管出血: [ なし ・ あり ] 胆石: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]			
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]			
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]			
	内分泌・代謝	性腺機能低下: [ なし ・ あり ] 過多月経: [ なし ・ あり ]			
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]			
その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 ( その他 ): ( )				

**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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載**

血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ L	好中球: ( ) %	リンパ球: ( ) %	単球: ( ) %
	好酸球: ( ) %	網赤血球: ( ) %	赤血球数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L	ヘモグロビン (Hb): ( ) g/dL
	平均赤血球容積 (MCV): ( ) fL	血小板数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L		
	血清直接ビリルビン (D-Bil): ( ) mg/dL	血清間接ビリルビン (I-Bil): ( ) mg/dL	LDH: ( ) U/L	
	血清鉄 (Fe): ( ) mg/dL	フェリチン: ( ) ng/mL ・ 未実施	TIBC: ( ) mg/dL	UIBC: ( ) $\mu$ g/dL
	血清ハプトグロビン: ( ) mg/dL ・ 未実施	直接 Coombs 試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]		
	末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ] 所見: ( )			

細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率 (フローサイトメトリー法): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	所見: ( ) %
----------	--	----------------	-----------

赤血球特殊検査	HAMテスト: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 赤血球特殊検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 検査法: ( ) 所見: ( )
骨髓検査	骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 尿中ウロビリリン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
便検査	便中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 便中ウロビリリン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	白血球数: ( )/μL 好中球: ( )% リンパ球: ( )% 単球: ( )% 好酸球: ( )% 網赤血球: ( )% 赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ( )fL 血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ( )mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil): ( )mg/dL LDH: ( )U/L 血清鉄 (Fe): ( )mg/dL フェリチン: ( )ng/mL 未実施 TIBC: ( )mg/dL UIBC: ( )μg/dL 血清ハプトグロビン: ( )mg/dL 未実施 直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
------	--

赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 検査法: ( ) 所見: ( )
骨髓検査	骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 尿中ウロビリリン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
便検査	便中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 便中ウロビリリン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )

**その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

合併症	合併症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
既往歴	入院加療を要する感染症: [ なし ・ あり ] 血栓または出血の既往: [ なし ・ あり ]

**経過 (申請時) ※直近の状況を記載**

薬物療法	補充療法: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( ) 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( ) 抗凝固療法: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( ) 免疫グロブリン大量療法: [ なし ・ あり ] 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] ステロイド薬: [ なし ・ あり ] G-CSF療法: [ なし ・ あり ] 除鉄剤: [ なし ・ あり ]
	サイトカイン類: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( ) 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
	抗体薬/分子標的薬: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( ) 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
輸血療法	赤血球輸血: [ なし ・ あり ] 頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ] 血小板輸血: [ なし ・ あり ] 頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析): [ 未実施 ・ 実施 ] 導入年月: ( 年 月 ) 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
	血液透析 (慢性透析): [ 未実施 ・ 実施 ] 導入年月: ( 年 月 ) 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
手術	脾摘手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] 手術 (その他): ( )
治療	治療 (その他): ( )
治療状況	現在の治療状況: [ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ] 現在の治療状況 (その他): ( )
今後の治療方針	今後の治療方針: ( ) 治療見込み期間 (入院) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 通院頻度: ( )回/月

**医療機関・医師署名**

上記の通り診断します。			
医療機関名	記載年月日	年	月 日
医療機関住所	診療科		
	医師名		(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		

病名	<b>10 発作性夜間ヘモグロビン尿症</b>										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢			歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村					
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
発病時期	年 月 頃			初診日	年 月 日								
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			
<b>臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>													
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): ( )												
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>													
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): ( )												
<b>検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>													
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 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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		TIBC: ( )mg/dL		UIBC: ( )μg/dL							
	血清ハプトグロビン: ( )mg/dL	未実施		直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]									
細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率 (フローサイトメトリー法): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )%												
赤血球特殊検査	HAMテスト: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]												
	赤血球特殊検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )									
骨髄検査	骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )												
	有核細胞数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL			巨核球数: ( )/mL									
病理検査	造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [ なし ・ あり ]			骨髄球系: [ なし ・ あり ]			巨核球: [ なし ・ あり ]						
	骨髄生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )												
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 ]									

**告示番号 48 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2**

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	染色体検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	遺伝子検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )

検査所見 (その他) 検査所見 (その他) : ( )

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	白血球数 : ( ) / $\mu$ 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 : ( ) $\mu$ g/dL
	血清ハプトグロビン : ( ) mg/dL ・ 未実施 直接Coombs試験 : [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]

赤血球特殊検査	赤血球特殊検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 検査法 : ( ) 所見 : ( )
---------	--

骨髄検査	骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
------	---

病理検査	骨髄生検 : [ 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 : ( )
-----	-------------------------------

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 : [ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ]
	HLAアレル一致度 : [ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ] HLA抗原一致度 : [ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ] ex vivo細胞除去 : [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]

前処置 : ( )

治療 治療 (その他) : ( )

治療状況	現在の治療状況 : [ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ] 現在の治療状況 (その他) : ( )
------	---

今後の治療方針 : ( )

今後の治療方針	治療見込み期間 (入院) 開始日 : ( 年 月 日 ) 終了日 : ( 年 月 日 )
	治療見込み期間 (外来) 開始日 : ( 年 月 日 ) 終了日 : ( 年 月 日 ) 通院頻度 : ( ) 回/月

**医療機関・医師署名**

上記の通り診断します。

医療機関名 \_\_\_\_\_ 記載年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関住所 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( \_\_\_\_\_ )

病名	<b>11 遺伝性球状赤血球症</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号			受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI	
	年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日				
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )							
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり	
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)				
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明	
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]			鉄過剰症状: [ なし ・ あり ]			
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]		脾腫大: [ なし ・ あり ]		胆石: [ なし ・ あり ]		
	消化器症状: [ なし ・ あり ]		腹部症状: [ なし ・ あり ]					
その他	症状 (その他): ( )							
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]			鉄過剰症状: [ なし ・ あり ]			
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]		脾腫大: [ なし ・ あり ]		胆石: [ なし ・ あり ]		
	消化器症状: [ なし ・ あり ]		腹部症状: [ なし ・ あり ]					
その他	症状 (その他): ( )							
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
血液検査	白血球数: ( )/μL		好中球: ( )%		リンパ球: ( )%		単球: ( )%	
	好酸球: ( )%		網赤血球: ( )%		赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL		ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL	
血液検査	ヘモグロビンF (HbF): ( )%		平均赤血球容積 (MCV): ( )fL		血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL			
	血清直接ビリルビン (D-Bil): ( )mg/dL		血清間接ビリルビン (I-Bil): ( )mg/dL		LDH: ( )U/L			
	血清鉄 (Fe): ( )mg/dL		フェリチン: ( )ng/mL ・ 未実施		TIBC: ( )mg/dL		UIBC: ( )μg/dL	
	血清ハプトグロビン: ( )mg/dL ・ 未実施		直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]					
	末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ]							
	所見: ( )							
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		検査法: ( ) 所見: ( )			
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]		尿中ウロビリリン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]		尿中ヘモグロビン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]			
便検査	便中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]		便中ウロビリリン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]					
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		所見: ( )			
	CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		所見: ( )			
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		所見: ( )			
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )							

告示番号 **1** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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
	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 ]	UIBC：( )μg/dL

赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	検査法：( )	
	所見：( )	

尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]	尿中ウロビリリン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]	尿中ヘモグロビン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
-----	-----------------------------	---------------------------	---------------------------

便検査	便中ウロビリノーゲン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]	便中ウロビリリン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
-----	-----------------------------	---------------------------

画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[ なし ・ あり ]
	詳細：( )

既往歴	入院加療を要する感染症：[ なし ・ あり ]
-----	-------------------------

家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]
-----	--------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ]	薬剤名：( )
	除鉄剤：[ なし ・ あり ]	

輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ]	頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
	血小板輸血：[ なし ・ あり ]	頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]

手術	脾摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日：( 年 月 日 )
	治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]	
	手術 (その他)：( )	

治療	治療 (その他)：( )
----	--------------

治療状況	現在の治療状況：[ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ]
	現在の治療状況 (その他)：( )

今後の治療方針	今後の治療方針：( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )
	治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。			
医療機関名		記載年月日	年 月 日
医療機関住所		診療科	
		医師名	(印)
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	

病名	<b>12 口唇赤血球症</b>										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
発病時期	年 月 頃			初診日	年 月 日								
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]				鉄過剰症状: [ なし ・ あり ]							
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]				紫斑: [ なし ・ あり ]							
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ] 消化器症状: [ なし ・ あり ]				脾腫大: [ なし ・ あり ] 腹部症状: [ なし ・ あり ]				胆石: [ なし ・ あり ]			
	腎・泌尿器	腎機能低下: [ なし ・ あり ]											
	眼	眼症状: [ なし ・ あり ]											
	その他	症状 (その他): ( )											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]				鉄過剰症状: [ なし ・ あり ]							
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]				紫斑: [ なし ・ あり ]							
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ] 消化器症状: [ なし ・ あり ]				脾腫大: [ なし ・ あり ] 腹部症状: [ なし ・ あり ]				胆石: [ なし ・ あり ]			
	腎・泌尿器	腎機能低下: [ なし ・ あり ]											
	眼	眼症状: [ なし ・ あり ]											
	その他	症状 (その他): ( )											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査	白血球数: ( )/μL    好中球: ( )%    リンパ球: ( )%    単球: ( )% 好酸球: ( )%    網赤血球: ( )%    赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ( )mg/dL    血清間接ビリルビン (I-Bil): ( )mg/dL    LDH: ( )U/L 血清鉄 (Fe): ( )mg/dL    フェリチン: ( )ng/mL ・ 未実施    TIBC: ( )mg/dL    UIBC: ( )μg/dL 血清ハプトグロビン: ( )mg/dL ・ 未実施    直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]												
	末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ] 所見: ( )												
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [ 未実施 ・ 実施 ]    実施日: ( 年 月 日 ) 検査法: ( ) 所見: ( )												
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]    尿中ウロビリリン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]    尿中ヘモグロビン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]												
便検査	便中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]    便中ウロビリリン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]												
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ]    実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )												
	CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ]    実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )												

**告示番号 4 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2**

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)：( )
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>	
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 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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)：( )
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>	
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 ]
<b>経過 (申請時) ※直近の状況を記載</b>	
薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 除鉄剤：[ なし ・ あり ]
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ] 血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
手術	脾摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] 手術 (その他)：( )
治療	治療 (その他)：( )
治療状況	現在の治療状況：[ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ] 現在の治療状況 (その他)：( )
今後の治療方針	今後の治療方針：( ) 治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月
<b>医療機関・医師署名</b>	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科
	医師名 (印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



病名	<b>13 鎌状赤血球症</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号			受診日	年 月 日					
ふりがな						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
氏名 (Alphabet)									
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定		
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村		
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI	
	年 月 日	年 月 日			年 月 日	年 月 日		肥満度	%
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日					
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )								
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり		
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)						
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性		なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明	
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
症状	全身	低身長 (身長-2.0SD以下): [ なし ・ あり ] 易感染性: [ なし ・ あり ] 貧血: [ なし ・ あり ] 血栓症: [ なし ・ あり ]							
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]				紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]		脾腫大: [ なし ・ あり ]		胆石: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]							
	その他	症状 (その他): ( )							
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載									
症状	全身	低身長 (身長-2.0SD以下): [ なし ・ あり ] 易感染性: [ なし ・ あり ] 貧血: [ なし ・ あり ] 血栓症: [ なし ・ あり ]							
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]				紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]		脾腫大: [ なし ・ あり ]		胆石: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]							
	その他	症状 (その他): ( )							
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
血液検査	白血球数: ( )/μL 好中球: ( )% リンパ球: ( )% 単球: ( )% 好酸球: ( )% 網赤血球: ( )% 赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ( )mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil): ( )mg/dL LDH: ( )U/L 血清鉄 (Fe): ( )mg/dL フェリチン: ( )ng/mL ・ 未実施 TIBC: ( )mg/dL UIBC: ( )μg/dL 血清ハプトグロビン: ( )mg/dL ・ 未実施 直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]								
	末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ] 所見: ( )								
赤血球特殊検査	ヘモグロビン分画/ヘモグロビン電気泳動: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )								
	赤血球特殊検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 検査法: ( ) 所見: ( )								
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]			尿中ウロビリリン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]			尿中ヘモグロビン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]		
便検査	便中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]			便中ウロビリリン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]					
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )								
	CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )								

**告示番号 2 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2**

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)：( )
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>	
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 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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)：( )
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>	
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 ]
<b>経過 (申請時) ※直近の状況を記載</b>	
薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 除鉄剤：[ なし ・ あり ]
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ] 血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
治療	治療 (その他)：( )
治療状況	現在の治療状況：[ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ] 現在の治療状況 (その他)：( )
今後の治療方針	今後の治療方針：( ) 治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月
<b>医療機関・医師署名</b>	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科
	医師名 (印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

病名	<b>14 不安定ヘモグロビン症</b>										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳	なし ・ あり					
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性			なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]											
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]				紫斑: [ なし ・ あり ]							
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]			脾腫大: [ なし ・ あり ]			胆石: [ なし ・ あり ]					
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]											
	その他	症状 (その他): ( )											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]											
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]				紫斑: [ なし ・ あり ]							
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]			脾腫大: [ なし ・ あり ]			胆石: [ なし ・ あり ]					
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]											
	その他	症状 (その他): ( )											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査	白血球数: ( )/μL      好中球: ( )%      リンパ球: ( )%      単球: ( )% 好酸球: ( )%      網赤血球: ( )%      赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ( )mg/dL      血清間接ビリルビン (I-Bil): ( )mg/dL      LDH: ( )U/L 血清鉄 (Fe): ( )mg/dL      フェリチン: ( )ng/mL ・ 未実施      TIBC: ( )mg/dL      UIBC: ( )μg/dL 血清ハプトグロビン: ( )mg/dL ・ 未実施      直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]												
	末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ] 所見: ( )												
赤血球特殊検査	ヘモグロビン分画/ヘモグロビン電気泳動: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )												
	赤血球特殊検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( 年 月 日 ) 検査法: ( ) 所見: ( )												
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]			尿中ウロビリリン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]			尿中ヘモグロビン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]						
便検査	便中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]			便中ウロビリリン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]									
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )												
	CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )												

告示番号 **7** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )		
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )		
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載			
血液検査	白血球数: ( )/μL 好中球: ( )% リンパ球: ( )% 単球: ( )% 好酸球: ( )% 網赤血球: ( )‰ 赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ( )mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil): ( )mg/dL LDH: ( )U/L 血清鉄 (Fe): ( )mg/dL フェリチン: ( )ng/mL・未実施 TIBC: ( )mg/dL UIBC: ( )μg/dL 血清ハプトグロビン: ( )mg/dL・未実施 直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]		
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 検査法: ( ) 所見: ( )		
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 尿中ウロビリリン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 尿中ヘモグロビン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]		
便検査	便中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 便中ウロビリリン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]		
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )		
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )		
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載			
合併症	合併症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )		
既往歴	入院加療を要する感染症: [ なし ・ あり ]		
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
薬物療法	補充療法: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( ) 除鉄剤: [ なし ・ あり ]		
輸血療法	赤血球輸血: [ なし ・ あり ] 頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ] 血小板輸血: [ なし ・ あり ] 頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]		
治療	治療 (その他): ( )		
治療状況	現在の治療状況: [ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ] 現在の治療状況 (その他): ( )		
今後の治療方針	今後の治療方針: ( ) 治療見込み期間 (入院) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 通院頻度: ( )回/月		
医療機関・医師署名			
上記の通り診断します。			
医療機関名	記載年月日		年 月 日
医療機関住所	診療科		
	医師名		(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		

病名	<b>15 サラセミア</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号		受診日	年	月	日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別	男・女・性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	( )	都道府県	( ) 市区町村	
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI	
		年	月	日		年	月	日	肥満度	%
発病時期	年	月	頃	初診日	年	月	日			
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他( )									
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)					療育手帳	なし・あり		
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)		なし・あり(等級 1級・2級・3級)							
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能					運動制限の必要性		なし・あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当			する・しない・不明		
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
病型	病型(サラセミア): [ α-サラセミア・β-サラセミア ]									
症状	全身	低身長(身長-2.0SD以下): [ なし・あり ]		発熱: [ なし・あり ]		易感染性: [ なし・あり ]		貧血: [ なし・あり ]		
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし・あり ]		紫斑: [ なし・あり ]						
	消化器	黄疸: [ なし・あり ]		脾腫大: [ なし・あり ]		胆石: [ なし・あり ]				
	その他	症状(その他): ( )								
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載										
病型	病型(サラセミア): [ α-サラセミア・β-サラセミア ]									
症状	全身	低身長(身長-2.0SD以下): [ なし・あり ]		発熱: [ なし・あり ]		易感染性: [ なし・あり ]		貧血: [ なし・あり ]		
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし・あり ]		紫斑: [ なし・あり ]						
	消化器	黄疸: [ なし・あり ]		脾腫大: [ なし・あり ]		胆石: [ なし・あり ]				
	その他	症状(その他): ( )								
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
血液検査	白血球数: ( )/μL		好中球: ( )%		リンパ球: ( )%		単球: ( )%		好酸球: ( )%	
	網赤血球: ( )%		赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /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		未実施		未実施		TIBC: ( )mg/dL		UIBC: ( )μg/dL		
血清ハプトグロビン: ( )mg/dL		未実施		直接Coombs試験: [ 陰性・陽性・不明 ]						
末梢血赤血球形態異常: [ なし・あり ]										
所見: ( )										
赤血球特殊検査	ヘモグロビン分画/ヘモグロビン電気泳動: [ 未実施・実施 ]					実施日: ( 年 月 日 )				
	所見: ( )									
赤血球特殊検査(その他): [ 未実施・実施 ]										
実施日: ( 年 月 日 )										
検査法: ( )										
所見: ( )										
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [ 陰性・陽性・不明 ]			尿中ウロビリリン: [ 陰性・陽性・不明 ]			尿中ヘモグロビン: [ 陰性・陽性・不明 ]			
便検査	便中ウロビリノーゲン: [ 陰性・陽性・不明 ]			便中ウロビリリン: [ 陰性・陽性・不明 ]						
画像検査	超音波検査(肝・脾): [ 未実施・実施 ]					実施日: ( 年 月 日 )				
	所見: ( )									
CT検査(肝): [ 未実施・実施 ]					実施日: ( 年 月 日 )					
所見: ( )										

**告示番号 5 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2**

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>	
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 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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)：( )
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>	
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 ]
<b>経過 (申請時) ※直近の状況を記載</b>	
薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 除鉄剤：[ なし ・ あり ]
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ] 血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
治療	治療 (その他)：( )
治療状況	現在の治療状況：[ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ] 現在の治療状況 (その他)：( )
今後の治療方針	今後の治療方針：( ) 治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月
<b>医療機関・医師署名</b>	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科
	医師名 (印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

病名	<b>16 グルコース-6-リン酸脱水素酵素欠乏症</b>						受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号			受診日	年 月 日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定		
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村		
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI		
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%			
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日						
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )									
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳	なし ・ あり		
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)							
現状評価	治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性		なし ・ あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]			鉄過剰症状: [ なし ・ あり ]					
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]					
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]			脾腫大: [ なし ・ あり ]		胆石: [ なし ・ あり ]			
	その他	症状 (その他): ( )								
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]			鉄過剰症状: [ なし ・ あり ]					
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]					
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]			脾腫大: [ なし ・ あり ]		胆石: [ なし ・ あり ]			
	その他	症状 (その他): ( )								
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
血液検査	白血球数: ( )/μL		白血球分画: 好中球: ( )%		リンパ球: ( )%		単球: ( )%			
	好酸球: ( )%		網赤血球: ( )%		赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL		ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL			
血液検査	平均赤血球容積 (MCV): ( )fL		血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /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		TIBC: ( )mg/dL		UIBC: ( )μg/dL			
	血清ハプトグロビン: ( )mg/dL		未実施		直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]					
	末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ]									
	所見: ( )									
赤血球特殊検査	グルコース-6-リン酸脱水素酵素 (G6PDH) 活性: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )									
	所見: ( )									
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( 年 月 日 )				
	検査法: ( )									
赤血球特殊検査	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: ( )									
画像検査	CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( 年 月 日 )				
	所見: ( )									
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( 年 月 日 )				
所見: ( )										
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )									

告示番号 **3** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

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 <sup>4</sup> /μL	ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：( )fL	血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /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
	血清ハプトグロビン：( )mg/dL	未実施	直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]	

赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	検査法：( )	
	所見：( )	

尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]	尿中ウロビリリン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
	尿中ヘモグロビン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]	

便検査	便中ウロビリノーゲン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]	便中ウロビリリン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
-----	-----------------------------	---------------------------

画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[ なし ・ あり ]
	詳細：( )

既往歴	入院加療を要する感染症：[ なし ・ あり ]
-----	-------------------------

家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]
-----	--------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ]	薬剤名：( )
	除鉄剤：[ なし ・ あり ]	

輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ]	頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
	血小板輸血：[ なし ・ あり ]	頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]

手術	脾摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日：( 年 月 日 )
	治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]	
	手術 (その他)：( )	

治療	治療 (その他)：( )
----	--------------

治療状況	現在の治療状況：[ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ]
	現在の治療状況 (その他)：( )

今後の治療方針	今後の治療方針：( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )
	治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年	月	日
医療機関住所	診療科			
	医師名	(印)		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )			



病名	17 ピルビン酸キナーゼ欠乏性貧血					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規								
受給者番号		受診日	年	月	日										
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)										
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か	月	日	性別	男	・	女	・	性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	( )	都道府県	( )	市区町村				
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI						
		年	月	日		年	月	日		肥満度	%				
発病時期	年	月	頃	初診日	年	月	日								
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )														
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳	なし ・ あり							
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)											
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性			なし ・ あり						
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当					する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]			鉄過剰症状: [ なし ・ あり ]			血栓症: [ なし ・ あり ]							
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]										
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]			脾腫大: [ なし ・ あり ]			胆石: [ なし ・ あり ]							
	その他	症状 (その他): ( )													
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]			鉄過剰症状: [ なし ・ あり ]			血栓症: [ なし ・ あり ]							
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]										
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]			脾腫大: [ なし ・ あり ]			胆石: [ なし ・ あり ]							
	その他	症状 (その他): ( )													
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載															
血液検査	白血球数: ( )/μL		白血球分画: 好中球: ( )%		リンパ球: ( )%		単球: ( )%								
	好酸球: ( )%		網赤血球: ( )%		赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL		ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL								
平均赤血球容積 (MCV): ( )fL		血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /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		TIBC: ( )mg/dL		UIBC: ( )μg/dL									
血清ハプトグロビン: ( )mg/dL		未実施		直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]											
末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ] 所見: ( )															
赤血球特殊検査	ピルビン酸キナーゼ (PK) 活性: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( )年 ( )月 ( )日		所見: ( )										
	赤血球特殊検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( )年 ( )月 ( )日		検査法: ( ) 所見: ( )										
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]			尿中ウロビリリン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]			尿中ヘモグロビン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]								
便検査	便中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]			便中ウロビリリン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]											
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( )年 ( )月 ( )日		所見: ( )										
	CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( )年 ( )月 ( )日		所見: ( )										
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( )年 ( )月 ( )日		所見: ( )										
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )														

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 <sup>4</sup> /μL	ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：( )fL	血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /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
	血清ハプトグロビン：( )mg/dL	未実施	直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]	

赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	検査法：( )	
	所見：( )	

尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]	尿中ウロビリリン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]	尿中ヘモグロビン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
-----	-----------------------------	---------------------------	---------------------------

便検査	便中ウロビリノーゲン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]	便中ウロビリリン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
-----	-----------------------------	---------------------------

画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[ なし ・ あり ]
	詳細：( )

既往歴	入院加療を要する感染症：[ なし ・ あり ]
-----	-------------------------

家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]
-----	--------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ]	薬剤名：( )
	除鉄剤：[ なし ・ あり ]	

輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ]	頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
	血小板輸血：[ なし ・ あり ]	頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]

手術	脾摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日：( 年 月 日 )
	治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]	
	手術 (その他)：( )	

治療	治療 (その他)：( )
----	--------------

治療状況	現在の治療状況：[ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ]
	現在の治療状況 (その他)：( )

今後の治療方針	今後の治療方針：( )			
	治療見込み期間 (入院)	開始日：( 年 月 日 )	終了日：( 年 月 日 )	
	治療見込み期間 (外来)	開始日：( 年 月 日 )	終了日：( 年 月 日 )	通院頻度：( )回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。			
医療機関名	記載年月日	年	月 日
医療機関住所	診療科	医師名	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		

病名	11から17までに掲げるもののほか、遺伝性溶血性貧血 (具体的な疾病名: )					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号			受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別	男・女・性別未決定
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI	
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	肥満度	%	
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日				
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他( )							
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)				療育手帳	なし・あり	
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)		なし・あり(等級 1級・2級・3級)					
現状評価	治療・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能				運動制限の必要性		なし・あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当		する・しない・不明	
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
症状	全身	貧血:[ なし・あり ]			鉄過剰症状:[ なし・あり ]			
	皮膚・粘膜	出血斑:[ なし・あり ]			紫斑:[ なし・あり ]			
	消化器	黄疸:[ なし・あり ]			脾腫大:[ なし・あり ]		胆石:[ なし・あり ]	
	精神・神経	神経症状:[ なし・あり ]						
	その他	症状(その他):( )						
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載								
症状	全身	貧血:[ なし・あり ]			鉄過剰症状:[ なし・あり ]			
	皮膚・粘膜	出血斑:[ なし・あり ]			紫斑:[ なし・あり ]			
	消化器	黄疸:[ なし・あり ]			脾腫大:[ なし・あり ]		胆石:[ なし・あり ]	
	精神・神経	神経症状:[ なし・あり ]						
	その他	症状(その他):( )						
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
血液検査	白血球数:( )/μL		好中球:( )%	リンパ球:( )%	単球:( )%			
	好酸球:( )%		網赤血球:( )%	赤血球数:( )×10 <sup>4</sup> /μL		ヘモグロビン(Hb):( )g/dL		
血液検査	平均赤血球容積(MCV):( )fL		血小板数:( )×10 <sup>4</sup> /μL					
	血清直接ビリルビン(D-Bil):( )mg/dL		血清間接ビリルビン(I-Bil):( )mg/dL		LDH:( )U/L			
	血清ハプトグロビン:( )mg/dL・未実施		直接Coombs試験:[ 陰性・陽性・不明 ]					
	末梢血赤血球形態異常:[ なし・あり ]							
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:( )							
画像検査	CT検査(肝):[ 未実施・実施 ]		実施日:( 年 月 日 )					
	所見:( )							
遺伝学的検査	遺伝子検査:[ 未実施・実施 ]		実施日:( 年 月 日 )					
所見:( )								
検査所見(その他)	検査所見(その他):( )							

告示番号 **8** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

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 <sup>4</sup> /μL	ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：( )fL		血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /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 ]

手術	脾摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日：( 年 月 日 )
	治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]	
	手術 (その他)：( )	

治療	治療 (その他)：( )
----	--------------

治療状況	現在の治療状況：[ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ]
	現在の治療状況 (その他)：( )

今後の治療方針	今後の治療方針：( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )
	治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 \_\_\_\_\_ 記載年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関住所 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( \_\_\_\_\_ )

病名	<b>19 溶血性貧血 (脾機能亢進症によるものに限る。)</b>										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村					
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校 ( 専攻科を含む ) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 ( 短期大学を含む ) ・ 就労 ( 就学中の就労も含む ) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級 )					療育手帳	なし ・ あり					
	精神障害者保健福祉手帳 ( 障害者手帳 )			なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 )									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性			なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
<b>臨床所見 ( 診断時 ) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>													
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 ): ( )											
<b>臨床所見 ( 申請時 ) ※ 直近の状況を記載</b>													
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 ): ( )											
<b>検査所見 ( 診断時 ) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>													
血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ L		好中球: ( ) %		リンパ球: ( ) %		単球: ( ) %						
	好酸球: ( ) %		網赤血球: ( ) %		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						
血清ハプトグロビン: ( ) mg/dL ・ 未実施												直接 Coombs 試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]	
自己抗体種別: [ 未実施 ・ 実施 ]													
検査方法: ( )													
所見: ( )													
末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ]													
所見: ( )													
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( 年 月 日 )							
	検査法: ( )												
	所見: ( )												
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]			尿中ウロビリリン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]			尿中ヘモグロビン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]						
便検査	便中ウロビリノーゲン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]			便中ウロビリリン: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]									
画像検査	超音波検査 ( 肝 ・ 脾 ): [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( 年 月 日 )							
	所見: ( )												
画像検査	CT 検査 ( 肝 ): [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( 年 月 日 )							
	所見: ( )												
検査所見 ( その他 )	検査所見 ( その他 ): ( )												

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：( )/μL 好中球：( )% リンパ球：( )% 単球：( )%
	好酸球：( )% 網赤血球：( )% 赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：( )fL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL
	血清直接ビリルビン (D-Bil)：( )mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil)：( )mg/dL LDH：( )U/L
	血清ハプトグロビン：( )mg/dL・未実施 直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]

	自己抗体種別：[ 未実施 ・ 実施 ]
	検査方法：( )
	所見：( )

赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )
	検査法：( )
	所見：( )

尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 尿中ウロビリリン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
	尿中ヘモグロビン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]

便検査	便中ウロビリノーゲン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 便中ウロビリリン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
-----	---

画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[ なし ・ あり ]
	詳細：( )

既往歴	入院加療を要する感染症：[ なし ・ あり ]
-----	-------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( )
	免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( )
	除鉄剤：[ なし ・ あり ]

輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
	血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]

手術	脾摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )
	治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
	手術 (その他)：( )

治療	治療 (その他)：( )
----	--------------

治療状況	現在の治療状況：[ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ]
	現在の治療状況 (その他)：( )

今後の治療方針	今後の治療方針：( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )
	治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 \_\_\_\_\_ 記載年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関住所 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( \_\_\_\_\_ )

病名	<b>20 微小血管障害性溶血性貧血</b>										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規							
受給者番号				受診日	年 月 日														
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)											
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定											
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村											
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI										
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%										
発病時期	年 月 頃			初診日	年 月 日														
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )																		
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳	なし ・ あり										
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)															
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり										
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明									
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																			
診断	二次性の原因: ( )																		
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]			高血圧: [ なし ・ あり ]			浮腫: [ なし ・ あり ]			DIC: [ 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 ]			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 ]		
	精神・神経	神経症状: [ なし ・ あり ]																	
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]			腎機能低下: [ なし ・ あり ]			腎炎: [ なし ・ あり ]											
	その他	症状 (その他): ( )																	
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																			
診断	二次性の原因: ( )																		
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]			高血圧: [ なし ・ あり ]			浮腫: [ なし ・ あり ]			DIC: [ 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 ]			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 ]		
	精神・神経	神経症状: [ なし ・ あり ]																	
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]			腎機能低下: [ なし ・ あり ]			腎炎: [ なし ・ あり ]											
	その他	症状 (その他): ( )																	
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																			
血液検査	白血球数: ( )/μL		好中球: ( )%		リンパ球: ( )%		単球: ( )%												
	好酸球: ( )%		網赤血球: ( )%		赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL		ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL												
	平均赤血球容積 (MCV): ( )fL		血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL		血清直接ビリルビン (D-Bil): ( )mg/dL		血清間接ビリルビン (I-Bil): ( )mg/dL		LDH: ( )U/L										
血清ハプトグロビン: ( )mg/dL		未実施		直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]															
末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ]		所見: ( )																	
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		検査法: ( )		所見: ( )												
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		所見: ( )														
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )																		

告示番号 **47** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

検査所見 (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 <sup>4</sup> /μL      ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ( )fL      血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ( )mg/dL      血清間接ビリルビン (I-Bil): ( )mg/dL      LDH: ( )U/L 血清ハプトグロビン: ( )mg/dL・未実施      直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 ) 検査法: ( ) 所見: ( )
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 ) 所見: ( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
既往歴	入院加療を要する感染症: [ なし ・ あり ]      血栓または出血の既往: [ なし ・ あり ]
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法: [ なし ・ あり ]      薬剤名: ( ) 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ]      薬剤名: ( ) 抗凝固療法: [ なし ・ あり ]      薬剤名: ( ) 抗けいれん薬: [ なし ・ あり ]      薬剤名: ( ) 免疫グロブリン大量療法: [ なし ・ あり ]      治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] ステロイド薬: [ なし ・ あり ]      G-CSF療法: [ なし ・ あり ]      除鉄剤: [ なし ・ あり ]
輸血療法	赤血球輸血: [ なし ・ あり ]      頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ] 血小板輸血: [ なし ・ あり ]      頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析): [ 未実施 ・ 実施 ]      導入年月: (      年      月 ) 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
	血液透析 (慢性透析): [ 未実施 ・ 実施 ]      導入年月: (      年      月 ) 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
治療	治療 (その他): ( )
治療状況	現在の治療状況: [ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ] 現在の治療状況 (その他): ( )
今後の治療方針	今後の治療方針: ( )
	治療見込み期間 (入院)      開始日: (      年      月      日 )      終了日: (      年      月      日 ) 治療見込み期間 (外来)      開始日: (      年      月      日 )      終了日: (      年      月      日 )      通院頻度: (      )回/月

医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日      年      月      日
医療機関住所	診療科
	医師名 (印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



病名	<b>21 真性多血症</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号			受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI	
		年 月 日			年 月 日		肥満度	%
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日				
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )							
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり	
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)					
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明	
<b>臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>								
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): ( )						
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>								
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): ( )						
<b>検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>								
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 <sup>4</sup> /μL	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL				
血液検査	平均赤血球容積 (MCV): ( )fL	血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 <sub>12</sub> : ( )pg/mL	エリスロポイエチン: ( )mIU/mL ・ 未実施					
	末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ]							
	所見: ( )							
骨髄検査	骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )						
	赤芽球系: ( )%	顆粒球系: ( )%	単球系: ( )%	リンパ球系: ( )%	内因性赤芽球コロニー形成: [ なし ・ あり ]			
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )						
	所見: ( )							
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [ 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 )						
遺伝学的検査	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): ( )							

告示番号 **25** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

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 <sup>4</sup> /μL	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL
	平均赤血球容積 (MCV): ( )fL		血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /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
	葉酸: ( )ng/mL	ビタミンB <sub>12</sub> : ( )pg/mL		UIBC: ( )μg/dL

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 )
	遺伝子異常 (その他): ( )	Jak2V617F 遺伝子異常: [ なし ・ あり ・ 不明 ]

検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )
------------	-----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症: [ なし ・ あり ]
	詳細: ( )

既往歴	入院加療を要する感染症: [ なし ・ あり ]
-----	--------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法: [ なし ・ あり ]	薬剤名: ( )
	抗腫瘍薬: [ なし ・ あり ]	薬剤名: ( )
	抗凝固療法: [ なし ・ あり ]	薬剤名: ( )
	除鉄剤: [ なし ・ あり ]	

	抗体薬/分子標的薬: [ なし ・ あり ]	薬剤名: ( )
	治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]	

手術	脾摘出術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]	
	手術 (その他): ( )	

移植	造血幹細胞移植: [ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	ドナー: [ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ]	移植細胞: [ 骨髓 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ]
	HLA アリル一一致度: [ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ]	

	HLA 抗原一一致度: [ 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 ( )			

病名	<b>22 家族性赤血球増加症</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号		受診日	年	月	日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別	男・女・性別未決定		
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	( )	都道府県	( )	市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI		
		年	月	日		年	月	日	肥満度	%	
発病時期	年	月	頃	初診日	年	月	日				
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他( )										
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)					療育手帳	なし・あり			
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)		なし・あり(等級 1級・2級・3級)								
現状評価	治療・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能					運動制限の必要性		なし・あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当			する・しない・不明			
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載											
症状	皮膚・粘膜	出血斑:[ なし・あり ]				紫斑:[ なし・あり ]					
	消化器	黄疸:[ なし・あり ]				肝腫大:[ なし・あり ]			脾腫大:[ なし・あり ]		
	精神・神経	神経症状:[ なし・あり ]									
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[ なし・あり ]									
	その他	症状(その他):( )									
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載											
症状	皮膚・粘膜	出血斑:[ なし・あり ]				紫斑:[ なし・あり ]					
	消化器	黄疸:[ なし・あり ]				肝腫大:[ なし・あり ]			脾腫大:[ なし・あり ]		
	精神・神経	神経症状:[ なし・あり ]									
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[ なし・あり ]									
	その他	症状(その他):( )									
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載											
血液検査	白血球数:( )/μL	好中球:( )%	リンパ球:( )%	単球:( )%							
	好酸球:( )%	網赤血球:( )%	赤血球数:( )×10 <sup>4</sup> /μL	ヘモグロビン(Hb):( )g/dL							
血液検査	平均赤血球容積(MCV):( )fL	血小板数:( )×10 <sup>4</sup> /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 <sub>12</sub> :( )pg/mL									
	末梢血赤血球形態異常:[ なし・あり ] 所見:( )										
骨髓検査	骨髓検査:[ 未実施・実施 ]				実施日:( )年( )月( )日						
	赤芽球系:( )%				有核細胞数:( )×10 <sup>4</sup> /μL						
画像検査	超音波検査(肝・脾):[ 未実施・実施 ]				実施日:( )年( )月( )日						
	所見:( )										
画像検査	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						
遺伝学的検査	所見:( )										
	遺伝子検査:[ 未実施・実施 ]				実施日:( )年( )月( )日						
遺伝学的検査	所見:( )										
	検査所見(その他) 検査所見(その他):( )										

告示番号 **9** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL	ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL
	平均赤血球容積 (MCV)：( )fL		血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /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
	葉酸：( )ng/mL	ビタミンB <sub>12</sub> ：( )pg/mL		UIBC：( )μg/dL

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 ]	

	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 アリル一一致度：[ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ]	
	HLA 抗原一一致度：[ 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 ( \_\_\_\_\_ )

病名	<b>23 免疫性血小板減少性紫斑病</b>										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村						
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI					
	年 月 日	年 月 日			年 月 日	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				
<b>臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>													
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): ( )											
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>													
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): ( )											
<b>検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>													
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 <sup>4</sup> /μL	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL									
	平均赤血球容積 (MCV): ( )fL	血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>7</sup> cells										
	網状血小板比率: ( )%	網状血小板比率 (正常対照): ( )%											
	抗血小板自己抗体: [ 未実施 ・ 実施 ]	検査方法: ( ) 所見: ( )											
自己抗体 (Gp II b/III a): [ 未実施 ・ 実施 ]	検査方法: ( ) 所見: ( )												
	自己抗体 (GP I b): [ 未実施 ・ 実施 ]												
	検査方法: ( ) 所見: ( )												
	自己抗体 (その他): ( )												
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )		検査法: ( ) 所見: ( )							
骨髓検査	骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )		巨核球数: ( )/mL 造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [ なし ・ あり ] 骨髓球系: [ なし ・ あり ] 巨核球: [ なし ・ あり ]							

**告示番号 16 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2**

画像検査	超音波検査 (肝・脾) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	CT検査 (肝) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ( )

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	白血球数 : ( ) / $\mu$ L 好中球 : ( ) % リンパ球 : ( ) % 単球 : ( ) % 好酸球 : ( ) % 網赤血球 : ( ) % 赤血球数 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン (Hb) : ( ) g/dL 平均赤血球容積 (MCV) : ( ) fL 血小板数 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ L PT : ( ) 秒 ・ % PT-INR : ( ) APTT : ( ) 秒 直接Coombs試験 : [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 血小板表面結合IgG (PA IgG) : ( ) ng/ $10^7$ cells 網状血小板比率 : ( ) % 網状血小板比率 (正常対照) : ( ) %
	抗血小板自己抗体 : [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法 : ( ) 所見 : ( )
	自己抗体 (Gp II b/III a) : [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法 : ( ) 所見 : ( )
	自己抗体 (GP I b) : [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法 : ( ) 所見 : ( )
	自己抗体 (その他) : ( )
	赤血球特殊検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 検査法 : ( ) 所見 : ( )

骨髄検査	骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
------	---

画像検査	超音波検査 (肝・脾) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	CT検査 (肝) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ( )

**その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

合併症	合併症 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )
家族歴	本疾患の家族歴 : [ なし ・ あり ・ 不明 ]

**経過 (申請時) ※直近の状況を記載**

薬物療法	補充療法 : [ なし ・ あり ] 薬剤名 : ( ) 免疫抑制薬 : [ なし ・ あり ] 薬剤名 : ( ) 免疫グロブリン大量療法 : [ なし ・ あり ] 治療効果 : [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] ピロリ菌除去 : [ 未実施 ・ 実施 ] 治療効果 : [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] 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 ( )

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	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号			受診日	年 月 日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別	男・女・性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所 ( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI		
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	肥満度	%		
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日					
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他( )								
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)					療育手帳	なし・あり	
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)		なし・あり(等級 1級・2級・3級)						
現状評価	治療・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		
<b>臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>									
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):( )								
<b>臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載</b>									
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):( )								
<b>検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>									
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 <sup>4</sup> /μL	ヘモグロビン(Hb):( )g/dL					
	平均赤血球容積(MCV):( )fL	血小板数:( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>7</sup> cells					
	網状血小板比率:( )%	網状血小板比率(正常対照):( )%							
	血小板機能検査:[ 未実施・実施 ]	検査方法:( )							
	所見:( )								
	抗血小板自己抗体:[ 未実施・実施 ]	検査方法:( )							
	所見:( )								
	自己抗体(Gp II b/III a):[ 未実施・実施 ]	検査方法:( )							
所見:( )									
自己抗体(GP I b):[ 未実施・実施 ]	検査方法:( )								
所見:( )									
自己抗体(その他):( )									
細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率(フローサイトメトリー法):[ 未実施・実施 ]				比率所見:( )%				
	細胞表面抗原検査:[ 未実施・実施 ] 所見:( )								
赤血球特殊検査	HAMテスト:[ 陰性・陽性・不明 ]								

**告示番号 17 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2**

骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )  
 巨核球数: ( )/mL  
 造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [ なし ・ あり ] 骨髄球系: [ なし ・ あり ] 巨核球: [ なし ・ あり ]

感染症免疫学的検査  
 ウイルス検査: [ 未実施 ・ 実施 ]  
 所見: ( )

画像検査  
 超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )  
 所見: ( )  
 CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )  
 所見: ( )

遺伝学的検査  
 染色体検査 (骨髄): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )  
 所見: ( )

検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ( )

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

白血球数: ( )/ $\mu$ L 好中球: ( )% リンパ球: ( )% 単球: ( )%  
 好酸球: ( )% 網赤血球: ( )% 赤血球数: ( ) $\times 10^4/\mu$ L ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL  
 平均赤血球容積 (MCV): ( )fL 血小板数: ( ) $\times 10^4/\mu$ L PT: ( )秒 ・ % PT-INR: ( )  
 APTT: ( )秒 直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 血小板表面結合IgG (PA IgG): ( )ng/ $10^7$ cells  
 網状血小板比率: ( )% 網状血小板比率 (正常対照): ( )%

抗血小板自己抗体: [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法: ( )  
 所見: ( )  
 血小板機能検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法: ( )  
 所見: ( )  
 自己抗体 (Gp II b/III a): [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法: ( )  
 所見: ( )  
 自己抗体 (GP I b): [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法: ( )  
 所見: ( )  
 自己抗体 (その他): ( )

細胞表面抗原検査  
 CD59陰性細胞比率 (フローサイトメトリー法): [ 未実施 ・ 実施 ] 比率所見: ( )%  
 細胞表面抗原検査: [ 未実施 ・ 実施 ]  
 所見: ( )

赤血球特殊検査 HAMテスト: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]

骨髄検査  
 骨髄検査: [ 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 ( )



病名	<b>25 血栓性血小板減少性紫斑病</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年 月 日		

ふりがな 氏名 (Alphabet)	(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)
--------------------------	---

生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定
------	-------	-----------	--------	----	---------------

出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県	( ) 市区町村
------	---	------	--------	--------------	----------	----------

現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI	肥満度	%
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			

発病時期	年 月 頃	初診日	年 月 日			
------	-------	-----	-------	--	--	--

就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )					
---------	--	--	--	--	--	--

手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)	療育手帳	なし ・ あり
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)	

現状評価	治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能	運動制限の必要性	なし ・ あり
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当

**臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載**

症状	全身	発熱: [ なし ・ あり ]	貧血: [ なし ・ あり ]	血栓症: [ なし ・ あり ]
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]	紫斑: [ なし ・ あり ]	
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ] 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 ]
	精神・神経	神経症状: [ なし ・ あり ]	脳出血: [ なし ・ あり ]	
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]	腎機能低下: [ なし ・ あり ]	
	内分泌・代謝	過多月経: [ なし ・ あり ]		
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]		
	その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )		

**臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

症状	全身	発熱: [ なし ・ あり ]	貧血: [ なし ・ あり ]	血栓症: [ なし ・ あり ]
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]	紫斑: [ なし ・ あり ]	
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ] 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 ]
	精神・神経	神経症状: [ なし ・ あり ]	脳出血: [ なし ・ あり ]	
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]	腎機能低下: [ なし ・ あり ]	
	内分泌・代謝	過多月経: [ なし ・ あり ]		
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]		
	その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )		

**検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載**

血液検査	白血球数: ( )/μL	好中球: ( )%	リンパ球: ( )%	単球: ( )%
	好酸球: ( )%	網赤血球: ( )%	赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL
	平均赤血球容積 (MCV): ( )fL	血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL	PT: ( )秒 ・ %	PT-INR: ( )
	APTT: ( )秒	フィブリノゲン: ( )mg/dL	アンチトロンビン: ( )%	
出血時間: ( )分	ADAMTS13活性: ( )%	血清クレアチニン: ( )mg/dL		
血清直接ビリルビン (D-Bil): ( )mg/dL	血清間接ビリルビン (I-Bil): ( )mg/dL	LDH: ( )U/L		
血清ハプトグロビン: ( )mg/dL ・ 未実施				
抗ADAMTS13抗体: [ 未実施 ・ 実施 ]		判定: [ 陰性 ・ 陽性 ]		
末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ] 所見: ( )				

**告示番号 18 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2**

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)：( )
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>	
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 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：( )fL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL PT：( )秒 ・ % PT-INR：( ) APTT：( )秒 フィブリンゲン：( )mg/dL アンチトロンピン：( )% 出血時間：( )分 ADAMTS13活性：( )% 血清クレアチニン：( )mg/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：( )mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil)：( )mg/dL LDH：( )U/L 血清ハプトグロビン：( )mg/dL ・ 未実施
	抗ADAMTS13抗体：[ 未実施 ・ 実施 ] 判定：[ 陰性 ・ 陽性 ]
	末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ] 所見：( )
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>	
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 ]
<b>経過 (申請時) ※直近の状況を記載</b>	
薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 抗けいれん薬：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 再発予防法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) ステロイド薬：[ なし ・ あり ]
	抗体薬/分子標的薬：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ] 血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析)：[ 未実施 ・ 実施 ] 導入年月：( 年 月 ) 治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
	血液透析 (慢性透析)：[ 未実施 ・ 実施 ] 導入年月：( 年 月 ) 治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
治療	治療 (その他)：( )
今後の治療方針	今後の治療方針：( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月
<b>医療機関・医師署名</b>	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科
	医師名 (印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

病名 <b>26 血小板減少症 (脾機能亢進症によるものに限る。)</b>		受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号		受診日	年 月 日			
ふりがな 氏名 (Alphabet)			(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	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	
<b>臨床所見 ( 診断時 ) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>						
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 ]		
		下血: [ なし ・ あり ]		脾腫大: [ なし ・ あり ]		
	消化器	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 ): ( )					
<b>臨床所見 ( 申請時 ) ※直近の状況を記載</b>						
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 ]		
		下血: [ なし ・ あり ]		脾腫大: [ なし ・ あり ]		
	消化器	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 ): ( )					
<b>検査所見 ( 診断時 ) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>						
血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ L	好中球: ( ) %	リンパ球: ( ) %	単球: ( ) %		
	好酸球: ( ) %	網赤血球: ( ) %	赤血球数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L	ヘモグロビン ( Hb ): ( ) g/dL		
	平均赤血球容積 ( MCV ): ( ) fL	血小板数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L	PT: ( ) 秒	PT-INR: ( )		
	APTT: ( ) 秒	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 ]	検査方法: ( ) 所見: ( )				
	自己抗体 ( その他 ): ( )					

**告示番号 15 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2**

骨髓検査	骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
病理検査	骨髓生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	白血球数: ( )/μL 好中球: ( )% リンパ球: ( )% 単球: ( )% 好酸球: ( )% 網赤血球: ( )% 赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ( )fL 血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>7</sup> cells 網状血小板比率: ( )% 網状血小板比率 (正常対照): ( )%
	抗血小板自己抗体: [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法: ( ) 所見: ( )
	自己抗体 (Gp II b/III a): [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法: ( ) 所見: ( )
	自己抗体 (GP I b): [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法: ( ) 所見: ( )
	自己抗体 (その他): ( )
骨髓検査	骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
病理検査	骨髓生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )

**その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

合併症	合併症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]

**経過 (申請時) ※直近の状況を記載**

薬物療法	免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( ) ピロリ菌除去: [ 未実施 ・ 実施 ] 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
	サイトカイン類: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( ) 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
手術	脾摘出術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] 手術 (その他): ( )
治療	治療 (その他): ( )
今後の治療方針	今後の治療方針: ( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 通院頻度: ( )回/月

**医療機関・医師署名**

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日  
医療機関住所 診療科  
医師名 (印)  
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

病名	<b>27 先天性無巨核球性血小板減少症</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年 月 日		

ふりがな 氏名 (Alphabet)	(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)
--------------------------	---

生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定
------	-------	-----------	--------	----	---------------

出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村
------	---	------	--------	--------------	-------------------

現在の身長・体重	身長 (測定日)	年 月 日	cm ( SD)	体重 (測定日)	年 月 日	kg ( SD)	BMI	肥満度	%
----------	----------	-------	----------	----------	-------	----------	-----	-----	---

発病時期	年 月 頃	初診日	年 月 日						
------	-------	-----	-------	--	--	--	--	--	--

就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校 ( 専攻科を含む ) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 ( 短期大学を含む ) ・ 就労 ( 就学中の就労も含む ) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )								
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級 )	療育手帳	なし ・ あり
	精神障害者保健福祉手帳 ( 障害者手帳 )	なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 )		

現状評価	治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能	運動制限の必要性	なし ・ あり
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当
			する ・ しない ・ 不明

**臨床所見 ( 診断時 ) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載**

症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]		
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]	紫斑: [ なし ・ あり ]	
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]	肝腫大: [ なし ・ あり ]	脾腫大: [ なし ・ あり ]
		下血: [ なし ・ あり ]	消化管出血: [ なし ・ あり ]	
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]		
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]		
	内分泌・代謝	過多月経: [ なし ・ あり ]		
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]		
その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ]	症状 ( その他 ): ( )		

**臨床所見 ( 申請時 ) ※ 直近の状況を記載**

症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]		
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]	紫斑: [ なし ・ あり ]	
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]	肝腫大: [ なし ・ あり ]	脾腫大: [ なし ・ あり ]
		下血: [ なし ・ あり ]	消化管出血: [ なし ・ あり ]	
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]		
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]		
	内分泌・代謝	過多月経: [ なし ・ あり ]		
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]		
その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ]	症状 ( その他 ): ( )		

**検査所見 ( 診断時 ) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載**

血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ 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	平均血小板容積 ( MPV ): ( ) fL						
	血小板数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L	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: ( )									
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: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L	巨核球数: ( ) /mL						
	造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [ なし ・ あり ]	骨髄球系: [ なし ・ あり ]	巨核球: [ なし ・ あり ]						
病理検査	骨髓生検: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )							
	所見: ( )								

告示番号 **41** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )

検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ( )

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	白血球数: ( )/μL 好中球: ( )% リンパ球: ( )% 単球: ( )%
	好酸球: ( )% 網赤血球: ( )‰ 赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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 <sup>7</sup> 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): ( )	

骨髄検査	骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )
	赤芽球系: ( )% 顆粒球系: ( )% 単球系: ( )% リンパ球系: ( )%
	芽球系: ( )% 有核細胞数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL 巨核球数: ( )/mL
	造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [ なし ・ あり ] 骨髄球系: [ なし ・ あり ] 巨核球: [ なし ・ あり ]

病理検査	骨髄生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
------	--

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )

検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ( )

**その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

合併症	合併症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
-----	-----------------------------

家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]
-----	---------------------------

**経過 (申請時) ※直近の状況を記載**

薬物療法	補充療法: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( )
	免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( )
	免疫グロブリン大量療法: [ なし ・ あり ] 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
	ピロリ菌除去: [ 未実施 ・ 実施 ] 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
	ステロイド薬: [ なし ・ あり ]
	サイトカイン類: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( )
	治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]

輸血療法	赤血球輸血: [ なし ・ あり ] 頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
	血小板輸血: [ なし ・ あり ] 頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]

手術	脾摘出術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 )
	治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] 手術 (その他): ( )

移植	造血幹細胞移植: [ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ] 実施日: ( 年 月 日 )
	ドナー: [ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ] 移植細胞: [ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ]
	HLAアリール一致度: [ 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 ( \_\_\_\_\_ )

病名 <b>28 ファンコニ (Fanconi) 貧血</b>		受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号		受診日		年 月 日		
ふりがな 氏名 (Alphabet)			(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		
出生体重		g		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) 年 月 日		体重 (測定日) 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		
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		
		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		
<b>臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>						
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]		
	皮膚・粘膜	色素沈着:[なし・あり]		出血斑:[なし・あり]		
	消化器	黄疸:[なし・あり]		肝腫大:[なし・あり]		
	筋・骨格	四肢・骨格奇形:[なし・あり]		脾腫大:[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):( )				
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>						
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]		
	皮膚・粘膜	色素沈着:[なし・あり]		出血斑:[なし・あり]		
	消化器	黄疸:[なし・あり]		肝腫大:[なし・あり]		
	筋・骨格	四肢・骨格奇形:[なし・あり]		脾腫大:[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):( )				
<b>検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>						
血液検査	白血球数:( )/μL		好中球:( )%		リンパ球:( )%	
	好酸球:( )%		網赤血球:( )%		好中球数:( )/μL	
	赤血球数:( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL			
末梢血白血球形態異常:[なし・あり] 所見:( )						
末梢血赤血球形態異常:[なし・あり] 所見:( )						
骨髄検査	骨髓検査:[未実施・実施]		実施日:( )年( )月( )日			
	赤芽球系:( )%		顆粒球系:( )%		単球系:( )%	
病理検査	芽球系:( )%		有核細胞数:( )×10 <sup>4</sup> /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]	
画像検査	超音波検査(肝・脾):[未実施・実施]		実施日:( )年( )月( )日			
	CT検査(肝):[未実施・実施]		実施日:( )年( )月( )日			

**告示番号 42 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2**

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	染色体検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	遺伝子検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	染色体脆弱性試験 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )

検査所見 (その他) 検査所見 (その他) : ( )

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	白血球数 : ( ) / $\mu$ L 好中球 : ( ) % リンパ球 : ( ) % 単球 : ( ) % 好酸球 : ( ) % 網赤血球 : ( ) ‰ 好中球数 : ( ) / $\mu$ L 赤血球数 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン (Hb) : ( ) g/dL 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
	末梢血白血球形態異常 : [ なし ・ あり ] 所見 : ( )
	末梢血赤血球形態異常 : [ なし ・ あり ] 所見 : ( )
	骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 赤芽球系 : ( ) % 顆粒球系 : ( ) % 単球系 : ( ) % リンパ球系 : ( ) % 芽球系 : ( ) % 有核細胞数 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ L 巨核球数 : ( ) /mL 造血細胞の形態異常 : 赤芽球系 : [ なし ・ あり ] 骨髄球系 : [ なし ・ あり ] 巨核球 : [ なし ・ あり ]

病理検査	骨髄生検 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
------	---

画像検査	超音波検査 (肝・脾) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	CT検査 (肝) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	染色体検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	遺伝子検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	染色体脆弱性試験 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )

検査所見 (その他) 検査所見 (その他) : ( )

**その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

合併症	合併症 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )
家族歴	本疾患の家族歴 : [ なし ・ あり ・ 不明 ]
重症度分類	重症度 (再生不良性貧血) : [ 軽症 (Stage1) ・ 中等症 (Stage2) ・ やや重症 (Stage3) ・ 重症 (Stage4) ・ 最重症 (Stage5) ]

**経過 (申請時) ※直近の状況を記載**

薬物療法	補充療法 : [ なし ・ あり ] 薬剤名 : ( ) 免疫抑制剤 : [ 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

移植	造血幹細胞移植 : [ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) ドナー : [ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ] 移植細胞 : [ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ] HLAアレル一致度 : [ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ] HLA抗原一致度 : [ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ] ex vivo細胞除去 : [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 前処置 : ( )
	治療 (その他) : ( )

今後の治療方針	今後の治療方針 : ( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : ( 年 月 日 ) 終了日 : ( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日 : ( 年 月 日 ) 終了日 : ( 年 月 日 ) 通院頻度 : ( ) 回/月

**医療機関・医師署名**

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日  
医療機関住所  
診療科  
医師名 (印)  
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



病名 <b>29 周期性血小板減少症</b>		受給者番号		受診日		年 月 日		受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の身長・体重		身長 (測定日)		cm ( SD)		体重 (測定日)		kg ( SD)		BMI			
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
就学・就労状況 就学前 ・ 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校 ( 専攻科を含む ) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 ( 短期大学を含む ) ・ 就労 ( 就学中の就労も含む ) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )													
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級 )				療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 ( 障害者手帳 )				なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 )							
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性				なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 ( 診断時 ) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
診断		二次性の原因: ( )											
症状	全身		貧血: [ なし ・ あり ]										
	皮膚・粘膜		出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]							
	消化器		黄疸: [ なし ・ あり ]			肝腫大: [ なし ・ あり ]			脾腫大: [ なし ・ あり ]				
			下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]							
	精神・神経		脳出血: [ なし ・ あり ]										
	腎・泌尿器		血尿: [ なし ・ あり ]										
	内分泌・代謝		過多月経: [ なし ・ あり ]										
	耳鼻咽喉		鼻出血: [ なし ・ あり ]										
その他		歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 ( その他 ): ( )											
臨床所見 ( 申請時 ) ※ 直近の状況を記載													
診断		二次性の原因: ( )											
症状	全身		貧血: [ なし ・ あり ]										
	皮膚・粘膜		出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]							
	消化器		黄疸: [ なし ・ あり ]			肝腫大: [ なし ・ あり ]			脾腫大: [ なし ・ あり ]				
			下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]							
	精神・神経		脳出血: [ なし ・ あり ]										
	腎・泌尿器		血尿: [ なし ・ あり ]										
	内分泌・代謝		過多月経: [ なし ・ あり ]										
	耳鼻咽喉		鼻出血: [ なし ・ あり ]										
その他		歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 ( その他 ): ( )											
検査所見 ( 診断時 ) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査		白血球数: ( ) / $\mu$ L      好中球: ( ) %      リンパ球: ( ) %      単球: ( ) %											
		好酸球: ( ) %		網赤血球: ( ) %		赤血球数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L		ヘモグロビン ( Hb ): ( ) g/dL					
		平均赤血球容積 ( MCV ): ( ) fL		血小板数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L		血小板表面結合 IgG ( PA IgG ): ( ) ng/ $10^7$ cells							
		網状血小板比率: ( ) %		網状血小板比率 ( 正常対照 ): ( ) %				直接 Coombs 試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]					
		抗血小板自己抗体: [ 未実施 ・ 実施 ]											
		検査方法: ( )											
		所見: ( )											
		自己抗体 ( Gp II b / III a ): [ 未実施 ・ 実施 ]											
		検査方法: ( )											
		所見: ( )											
		自己抗体 ( GP I b ): [ 未実施 ・ 実施 ]											
		検査方法: ( )											
		所見: ( )											
		自己抗体 ( その他 ): ( )											
骨髄検査		骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( 年 月 日 )											
		所見: ( )											

**告示番号 24 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2**

遺伝学的検査 染色体検査 (骨髄): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )  
 所見: ( )

検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ( )

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

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<sup>4</sup>/μL ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL  
 平均赤血球容積 (MCV): ( )fL 血小板数: ( )×10<sup>4</sup>/μL 血小板表面結合IgG (PA IgG): ( )ng/10<sup>7</sup>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 ]

血液検査 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): ( )

骨髄検査 骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )  
 所見: ( )

遺伝学的検査 染色体検査 (骨髄): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )  
 所見: ( )

検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ( )

**その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

合併症 合併症: [ なし ・ あり ]  
 詳細: ( )

家族歴 本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]

**経過 (申請時) ※直近の状況を記載**

薬物療法 補充療法: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( )  
 免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( )  
 免疫グロブリン大量療法: [ なし ・ あり ] 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]  
 ピロリ菌除去: [ 未実施 ・ 実施 ] 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]  
 ステロイド薬: [ なし ・ あり ]

サイトカイン類: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( )  
 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]

輸血療法 赤血球輸血: [ なし ・ あり ] 頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]  
 血小板輸血: [ なし ・ あり ] 頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]

手術 脾摘出術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 )  
 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]  
 手術 (その他): ( )

治療 治療 (その他): ( )

今後の治療方針 今後の治療方針: ( )  
 治療見込み期間 (入院) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 )  
 治療見込み期間 (外来) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 通院頻度: ( )回/月

**医療機関・医師署名**

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日  
 医療機関住所 診療科  
 医師名 (印)  
 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

病名 <b>30</b> <b>メイ・ヘグリン (May-Hegglin) 異常症</b>		受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号		受診日		年 月 日		
ふりがな 氏名 (Alphabet)			(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		
出生体重		g		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)		体重 (測定日)		
cm ( SD)		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		年 月 日		性別		
男		女		性別未決定		
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		なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 )		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		する ・ しない ・ 不明		する ・ しない ・ 不明		
臨床所見 ( 診断時 ) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載						
症状	全身		高血圧: [ なし ・ あり ]		浮腫: [ なし ・ あり ]	
	皮膚・粘膜		出血斑: [ なし ・ あり ]		紫斑: [ なし ・ あり ]	
	精神・神経		精神運動発達遅滞: [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]			
	腎・泌尿器		血尿: [ なし ・ あり ]		腎機能低下: [ なし ・ あり ]	
	耳鼻咽喉		難聴: [ なし ・ あり ]		鼻出血: [ なし ・ あり ]	
	その他		歯肉出血: [ なし ・ あり ]			
症状 ( その他 ) : ( )						
臨床所見 ( 申請時 ) ※ 直近の状況を記載						
症状	全身		高血圧: [ なし ・ あり ]		浮腫: [ なし ・ あり ]	
	皮膚・粘膜		出血斑: [ なし ・ あり ]		紫斑: [ なし ・ あり ]	
	精神・神経		精神運動発達遅滞: [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]			
	腎・泌尿器		血尿: [ なし ・ あり ]		腎機能低下: [ なし ・ あり ]	
	耳鼻咽喉		難聴: [ なし ・ あり ]		鼻出血: [ なし ・ あり ]	
	その他		歯肉出血: [ なし ・ あり ]			
症状 ( その他 ) : ( )						
検査所見 ( 診断時 ) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載						
血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ L		好中球: ( ) %		リンパ球: ( ) %	
	好酸球: ( ) %		網赤血球: ( ) ‰		赤血球数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L	
	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	
	ヘモグロビン ( Hb ) : ( ) g/dL					
末梢血白血球形態異常: [ なし ・ あり ]						
所見: ( )						
血小板機能検査: [ 未実施 ・ 実施 ]						
検査方法: ( )						
所見: ( )						
骨髓検査						
骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )				
所見: ( )						
遺伝学的検査						
染色体検査 ( 骨髓 ) : [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )				
所見: ( )						
染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )				
所見: ( )						
遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )				
所見: ( )						
検査所見 ( その他 )						
検査所見 ( その他 ) : ( )						

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 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL

末梢血白血球形態異常：[ なし ・ あり ]	所見：( )
------------------------	--------

血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	検査方法：( )	所見：( )
----------------------	----------	--------

骨髓検査：[ 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：( )
-------------------------	---------------	--------

染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )	所見：( )
--------------------	---------------	--------

遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )	所見：( )
--------------------	---------------	--------

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[ なし ・ あり ]	詳細：( )
-----	-----------------	--------

家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]
-----	--------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ]      薬剤名：( )	ステロイド薬：[ なし ・ あり ]
------	-------------------------------	--------------------

輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ]      頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	血小板輸血：[ なし ・ あり ]      頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
------	---	---

血液浄化	腹膜透析 (慢性透析)：[ 未実施 ・ 実施 ]      導入年月：( 年 月 )	治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
	血液透析 (慢性透析)：[ 未実施 ・ 実施 ]      導入年月：( 年 月 )	治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]

治療	治療 (その他)：( )
----	--------------

今後の治療方針	今後の治療方針：( )
	治療見込み期間 (入院)      開始日：( 年 月 日 )      終了日：( 年 月 日 )
	治療見込み期間 (外来)      開始日：( 年 月 日 )      終了日：( 年 月 日 )      通院頻度：( )回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年	月	日
医療機関住所	診療科			
	医師名	(印)		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )			

病名	<b>31 本態性血小板血症</b>						受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号			受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村				
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI				
		年 月 日		年 月 日		肥満度		%				
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日								
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )											
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)								
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性		なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明				
<b>臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>												
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): ( )										
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>												
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): ( )										
<b>検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>												
血液検査	白血球数: ( )/μL		好中球: ( )%		リンパ球: ( )%		単球: ( )%		好酸球: ( )%			
	平均赤血球容積 (MCV): ( )fL		網赤血球: ( )%		赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL		ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL		血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /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: ( )												
骨髄検査	骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( ) 年 月 日						
	赤芽球系: ( )%		顆粒球系: ( )%		単球系: ( )%		リンパ球系: ( )%					
	芽球系: ( )%		有核細胞数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL									
病理検査	骨髄生検: [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( ) 年 月 日						
所見: ( )												
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( ) 年 月 日						
	所見: ( )											
CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ]												
実施日: ( ) 年 月 日												
所見: ( )												
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( ) 年 月 日						
	所見: ( )											
	染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( ) 年 月 日						
所見: ( )												
遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( ) 年 月 日							
所見: ( )												
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )											

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 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL
病理検査	骨髓生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
	CT検査 (肝)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髓)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
	染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
既往歴	血栓または出血の既往：[ なし ・ あり ]

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 抗腫瘍薬：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) ステロイド薬：[ なし ・ あり ]
移植	造血幹細胞移植：[ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ] 実施日：( 年 月 日 ) ドナー：[ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ] 移植細胞：[ 骨髓 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ] HLA アリル一致度：[ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ] HLA 抗原一致度：[ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ] ex vivo細胞除去：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 前処置：( )
治療	治療 (その他)：( )
今後の治療方針	今後の治療方針：( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科
	医師名 (印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

病名	<b>32 ベルナル・スーリエ (Bernard-Soulier) 症候群</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI		
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%			
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日						
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )									
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳	なし ・ あり		
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)							
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性		なし ・ あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]									
症状	全身	易感染性: [ なし ・ あり ]			貧血: [ なし ・ あり ]					
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]					
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]			肝腫大: [ なし ・ あり ]			脾腫大: [ なし ・ あり ]		
		下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]					
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]								
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]								
	内分泌・代謝	過多月経: [ なし ・ あり ]								
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]								
その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ]			症状 (その他): ( )						
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]									
症状	全身	易感染性: [ なし ・ あり ]			貧血: [ なし ・ あり ]					
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]					
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]			肝腫大: [ なし ・ あり ]			脾腫大: [ なし ・ あり ]		
		下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]					
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]								
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]								
	内分泌・代謝	過多月経: [ なし ・ あり ]								
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]								
その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ]			症状 (その他): ( )						

告示番号 **13** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%	
	好酸球：( )%	網赤血球：( )‰	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL		
	PT：( )秒 ・ %	PT-INR：( )	APTT：( )秒		
	フィブリノゲン：( )mg/dL	出血時間：( )分	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%	
	凝固因子活性 (その他)：( )				
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：( )%		
	FCM (GPIb/IX/V複合体)：[ 未実施 ・ 実施 ]				
	所見：( )				
	血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]				
	検査方法：( )				
	所見：( )				

細胞表面抗原検査	細胞表面抗原検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	
	所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%	
	好酸球：( )%	網赤血球：( )‰	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL		
	PT：( )秒 ・ %	PT-INR：( )	APTT：( )秒		
	フィブリノゲン：( )mg/dL	出血時間：( )分	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%	
	凝固因子活性 (その他)：( )				
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：( )%		
	FCM (GPIb/IX/V複合体)：[ 未実施 ・ 実施 ]				
	所見：( )				
	血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]				
	検査方法：( )				
	所見：( )				

細胞表面抗原検査	細胞表面抗原検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	
	所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[ なし ・ あり ]	詳細：( )
既往歴	血栓または出血の既往：[ なし ・ あり ]	
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( )	
	再発予防法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )	
	ステロイド薬：[ なし ・ あり ]	抗線溶療法：[ なし ・ あり ]
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
	血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
治療	治療 (その他)：( )	
今後の治療方針	今後の治療方針：( )	
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )	
	治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )	通院頻度：( )回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	



病名	<b>33 血小板無力症</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI		
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%			
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日						
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )									
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり			
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)							
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]									
症状	全身	易感染性: [ なし ・ あり ]			貧血: [ なし ・ あり ]					
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]					
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]			肝腫大: [ なし ・ あり ]			脾腫大: [ なし ・ あり ]		
		下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]					
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]								
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]								
	内分泌・代謝	過多月経: [ なし ・ あり ]								
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]								
その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ]			症状 (その他): ( )						
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]									
症状	全身	易感染性: [ なし ・ あり ]			貧血: [ なし ・ あり ]					
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]					
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]			肝腫大: [ なし ・ あり ]			脾腫大: [ なし ・ あり ]		
		下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]					
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]								
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]								
	内分泌・代謝	過多月経: [ なし ・ あり ]								
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]								
その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ]			症状 (その他): ( )						

告示番号 **12** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%	
	好酸球：( )%	網赤血球：( )‰	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL		
	PT：( )秒 ・ %	PT-INR：( )	APTT：( )秒		
	フィブリノゲン：( )mg/dL	出血時間：( )分	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%	
	凝固因子活性 (その他)：( )				
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：( )%		
	FCM (GPIb/IX/V複合体)：[ 未実施 ・ 実施 ]				
	所見：( )				
	血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]				
	検査方法：( )				
	所見：( )				

細胞表面抗原検査	細胞表面抗原検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	
	所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%	
	好酸球：( )%	網赤血球：( )‰	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL		
	PT：( )秒 ・ %	PT-INR：( )	APTT：( )秒		
	フィブリノゲン：( )mg/dL	出血時間：( )分	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%	
	凝固因子活性 (その他)：( )				
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：( )%		
	FCM (GPIb/IX/V複合体)：[ 未実施 ・ 実施 ]				
	所見：( )				
	血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]				
	検査方法：( )				
	所見：( )				

細胞表面抗原検査	細胞表面抗原検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	
	所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[ なし ・ あり ]	詳細：( )
既往歴	血栓または出血の既往：[ なし ・ あり ]	
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( )	
	再発予防法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )	
	ステロイド薬：[ なし ・ あり ]	抗線溶療法：[ なし ・ あり ]
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
	血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
治療	治療 (その他)：( )	
今後の治療方針	今後の治療方針：( )	
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )	
	治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )	通院頻度：( )回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	

病名	<b>34 血小板放出機構異常症</b>										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢			歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村					
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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 ] 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 ]					
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]											
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]											
	内分泌・代謝	過多月経: [ なし ・ あり ]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]											
	その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ]			症状 (その他): ( )								
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]												
症状	全身	易感染性: [ なし ・ あり ]			貧血: [ なし ・ あり ]								
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]			白皮症: [ なし ・ あり ]					
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ] 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 ]					
	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): ( )								

告示番号 **11** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

**検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載**

血液検査	白血球数: ( )/μL	好中球: ( )%	リンパ球: ( )%	単球: ( )%	好酸球: ( )%	網赤血球: ( )%	赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL	PT: ( )秒	PT-INR: ( )	APTT: ( )秒	フィブリノゲン: ( )mg/dL	出血時間: ( )分	第Ⅶ因子活性: ( )%	第Ⅸ因子活性: ( )%
	凝固因子活性 (その他): ( )	インヒビター: ( )BU	VWF抗原量 (VWF:Ag): ( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO): ( )%						
	FCM (GPIb/IX/V複合体): [ 未実施 ・ 実施 ]									
	所見: ( )									
	血小板機能検査: [ 未実施 ・ 実施 ]									
	検査方法: ( )									
	所見: ( )									
骨髓検査	骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )						
	所見: ( )									
病理検査	骨髓生検: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )						
	所見: ( )									
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )						
	所見: ( )									
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )									

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	白血球数: ( )/μL	好中球: ( )%	リンパ球: ( )%	単球: ( )%	好酸球: ( )%	網赤血球: ( )%	赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL	PT: ( )秒	PT-INR: ( )	APTT: ( )秒	フィブリノゲン: ( )mg/dL	出血時間: ( )分	第Ⅶ因子活性: ( )%	第Ⅸ因子活性: ( )%
	凝固因子活性 (その他): ( )	インヒビター: ( )BU	VWF抗原量 (VWF:Ag): ( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO): ( )%						
	FCM (GPIb/IX/V複合体): [ 未実施 ・ 実施 ]									
	所見: ( )									
	血小板機能検査: [ 未実施 ・ 実施 ]									
	検査方法: ( )									
	所見: ( )									
骨髓検査	骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )						
	所見: ( )									
病理検査	骨髓生検: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )						
	所見: ( )									
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )						
	所見: ( )									
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )									

**その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

合併症	合併症: [ なし ・ あり ]	詳細: ( )
既往歴	血栓または出血の既往: [ なし ・ あり ]	
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]	

**経過 (申請時) ※直近の状況を記載**

薬物療法	補充療法: [ なし ・ あり ]	薬剤名: ( )
	再発予防法: [ なし ・ あり ]	詳細: ( )
	ステロイド薬: [ なし ・ あり ]	抗線溶療法: [ なし ・ あり ]
輸血療法	赤血球輸血: [ なし ・ あり ]	頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
	血小板輸血: [ なし ・ あり ]	頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
治療	治療 (その他): ( )	
今後の治療方針	今後の治療方針: ( )	
	治療見込み期間 (入院)	開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 )
	治療見込み期間 (外来)	開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 通院頻度: ( )回/月

**医療機関・医師署名**

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	

病名	<b>35</b> 32から34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	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号	受診日	年 月 日	

ふりがな 氏名 (Alphabet)	(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)
--------------------------	---

生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 か月 日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定
------	-------	-----------	--------	----	---------------

出生体重	g	出生週数	在胎 週 日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村
------	---	------	--------	--------------	-------------------

現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)	体重 (測定日)	kg ( SD)	BMI	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	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

**臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載**

症状	全身	易感染性: [ なし ・ あり ] 貧血: [ なし ・ あり ]
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ] 紫斑: [ なし ・ あり ]
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]                      肝腫大: [ なし ・ あり ]                      脾腫大: [ なし ・ あり ] 下血: [ なし ・ あり ]                      消化管出血: [ なし ・ あり ]
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [ なし ・ あり ]
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]
	内分泌・代謝	過多月経: [ なし ・ あり ]
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]
その他	小奇形: [ なし ・ あり ] 歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )	

**臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

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 ]
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [ なし ・ あり ]
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]
	内分泌・代謝	過多月経: [ なし ・ あり ]
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]
その他	小奇形: [ なし ・ あり ] 歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )	

**検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載**

血液検査	白血球数：( )/μL 好酸球：( )% 平均赤血球容積 (MCV)：( )fL PT：( )秒 ・ % フィブリノゲン：( )mg/dL 凝固因子活性 (その他)：( ) インヒビター：( )BU	好中球：( )% 網赤血球：( )% 平均血小板容積 (MPV)：( )fL PT-INR：( ) 出血時間：( )分 VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リンパ球：( )% 赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL APTT：( )秒 第Ⅶ因子活性：( )% 第Ⅸ因子活性：( )%	単球：( )% ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL
	血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法：( ) 所見：( )			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	白血球数：( )/μL 好酸球：( )% 平均赤血球容積 (MCV)：( )fL PT：( )秒 ・ % フィブリノゲン：( )mg/dL 凝固因子活性 (その他)：( ) インヒビター：( )BU	好中球：( )% 網赤血球：( )% 平均血小板容積 (MPV)：( )fL PT-INR：( ) 出血時間：( )分 VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リンパ球：( )% 赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL APTT：( )秒 第Ⅶ因子活性：( )% 第Ⅸ因子活性：( )%	単球：( )% ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL
	血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法：( ) 所見：( )			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

**その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

合併症	合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
既往歴	血栓または出血の既往：[ なし ・ あり ]
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]

**経過 (申請時) ※直近の状況を記載**

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 再発予防法：[ なし ・ あり ] 詳細：( ) ステロイド薬：[ なし ・ あり ]      抗線溶療法：[ なし ・ あり ]
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ] 血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
治療	治療 (その他)：( )
今後の治療方針	今後の治療方針：( ) 治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月

**医療機関・医師署名**

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	

病名	<b>36 先天性フィブリノーゲン欠乏症</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号			受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI	
		年 月 日			年 月 日		肥満度	%
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日				
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )							
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり	
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)					
現状評価	治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明	
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]							
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]			血栓症: [ なし ・ あり ]			
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]		頭血腫: [ なし ・ あり ]	
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]						
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]						
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]						
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]						
	その他	臍出血: [ なし ・ あり ]			歯肉出血: [ なし ・ あり ]			
		症状 (その他): ( )						
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]							
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]			血栓症: [ なし ・ あり ]			
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]		頭血腫: [ なし ・ あり ]	
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]						
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]						
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]						
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]						
	その他	臍出血: [ なし ・ あり ]			歯肉出血: [ なし ・ あり ]			
		症状 (その他): ( )						

告示番号 **31** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数: ( )/μL	好中球: ( )%	リンパ球: ( )%	単球: ( )%
	好酸球: ( )%	網赤血球: ( )%	赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL	
	PT: ( )秒	PT-INR: ( )	APTT: ( )秒	フィブリノゲン: ( )mg/dL
	アンチトロンピン: ( )%	出血時間: ( )分	第Ⅶ因子活性: ( )%	第Ⅸ因子活性: ( )%
	凝固因子活性 (その他): ( )			
	インヒビター: ( )BU	VWF抗原量 (VWF:Ag): ( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo): ( )%	

血小板機能検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	
検査方法: ( )	
所見: ( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	所見: ( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )
------------	-----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数: ( )/μL	好中球: ( )%	リンパ球: ( )%	単球: ( )%
	好酸球: ( )%	網赤血球: ( )%	赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL	
	PT: ( )秒	PT-INR: ( )	APTT: ( )秒	フィブリノゲン: ( )mg/dL
	アンチトロンピン: ( )%	出血時間: ( )分	第Ⅶ因子活性: ( )%	第Ⅸ因子活性: ( )%
	凝固因子活性 (その他): ( )			
	インヒビター: ( )BU	VWF抗原量 (VWF:Ag): ( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo): ( )%	

血小板機能検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	
検査方法: ( )	
所見: ( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	所見: ( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )
------------	-----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症: [ なし ・ あり ]	詳細: ( )
既往歴	血栓または出血の既往: [ なし ・ あり ]	
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( )	
	再発予防法: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )	
輸血療法	赤血球輸血: [ なし ・ あり ] 頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
	血小板輸血: [ なし ・ あり ] 頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
治療	治療 (その他): ( )	
今後の治療方針	今後の治療方針: ( )	
	治療見込み期間 (入院) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 )	
	治療見込み期間 (外来) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 通院頻度: ( )回/月	

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。			
医療機関名	記載年月日	年	月 日
医療機関住所	診療科	医師名	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		



病名	37 先天性プロトロンビン欠乏症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号			受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI	
		年 月 日			年 月 日		肥満度	%
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日				
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )							
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり	
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)					
現状評価	治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明	
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]							
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]						
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]						
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]						
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]						
	その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )						
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]							
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]						
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]						
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]						
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]						
	その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )						

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：( )%	

血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	
検査方法：( )	
所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：( )%	

血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	
検査方法：( )	
所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[ なし ・ あり ]	詳細：( )
既往歴	血栓または出血の既往：[ なし ・ あり ]	
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( )	
	再発予防法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )	
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
	血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
治療	治療 (その他)：( )	
今後の治療方針	今後の治療方針：( )	
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )	
	治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月	

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。			
医療機関名	記載年月日	年	月 日
医療機関住所	診療科		
	医師名		(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		

病名	<b>38 第V因子欠乏症</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号			受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%	
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日				
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )							
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり	
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)					
現状評価	治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明	
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]							
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]			血栓症: [ なし ・ あり ]			
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]						
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]						
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]						
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]						
	その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ]			症状 (その他): ( )			
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]							
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]			血栓症: [ なし ・ あり ]			
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]						
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]						
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]						
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]						
	その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ]			症状 (その他): ( )			

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：( )%	

血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	
検査方法：( )	
所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：( )%	

血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	
検査方法：( )	
所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[ なし ・ あり ]	詳細：( )
既往歴	血栓または出血の既往：[ なし ・ あり ]	
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( )	
	再発予防法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )	
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
	血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
治療	治療 (その他)：( )	
今後の治療方針	今後の治療方針：( )	
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )	
	治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月	

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。			
医療機関名		記載年月日	年 月 日
医療機関住所		診療科	
		医師名	(印)
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	

病名	<b>39 第Ⅶ因子欠乏症</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号			受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI	
		年 月 日			年 月 日		肥満度	%
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日				
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )							
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり	
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)					
現状評価	治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明	
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]							
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]						
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]						
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]						
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]						
	その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )						
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]							
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]						
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]						
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]						
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]						
	その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )						

**告示番号 34 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2**

**検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載**

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL	
	PT：( )秒 ・ %	PT-INR：( )	APTT：( )秒	フィブリノゲン：( )mg/dL
	アンチトロンピン：( )%	出血時間：( )分	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：( )%	

血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	
検査方法：( )	
所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL	
	PT：( )秒 ・ %	PT-INR：( )	APTT：( )秒	フィブリノゲン：( )mg/dL
	アンチトロンピン：( )%	出血時間：( )分	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：( )%	

血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	
検査方法：( )	
所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

**その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

合併症	合併症：[ なし ・ あり ]	詳細：( )
既往歴	血栓または出血の既往：[ なし ・ あり ]	
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]	

**経過 (申請時) ※直近の状況を記載**

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( )	
	再発予防法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )	
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
	血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
治療	治療 (その他)：( )	
今後の治療方針	今後の治療方針：( )	
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )	
	治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月	

**医療機関・医師署名**

上記の通り診断します。

医療機関名 \_\_\_\_\_ 記載年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関住所 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( \_\_\_\_\_ )

病名	<b>40 血友病 A</b>				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号		受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別 男 ・ 女 ・ 性別未決定
出生体重	g	出生週数	在胎 週	日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI
		年 月 日			年 月 日		肥満度
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日			
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )						
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)				
現状評価	治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載							
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]						
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]					
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]		紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]		消化管出血: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節内出血: [ なし ・ あり ]		筋肉内出血: [ なし ・ あり ]		関節痛: [ なし ・ あり ]	
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]					
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]					
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]					
	その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )					
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]						
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]					
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]		紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]		消化管出血: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節内出血: [ なし ・ あり ]		筋肉内出血: [ なし ・ あり ]		関節痛: [ なし ・ あり ]	
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]					
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]					
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]					
	その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )					

告示番号 **29** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：( )%	
	血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]			
	検査方法：( )			
	所見：( )			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：( )%	
	血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]			
	検査方法：( )			
	所見：( )			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
既往歴	血栓または出血の既往：[ なし ・ あり ]
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]
重症度分類	重症度 (血友病)：[ 軽症 (凝固因子活性5%以上40%未満) ・ 中等症 (凝固因子活性1%以上5%未満) ・ 重症 (凝固因子活性1%未満) ]

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 再発予防法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ] 血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
治療	治療 (その他)：( )
今後の治療方針	今後の治療方針：( ) 治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	



病名	<b>41 血友病 B</b>				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号		受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別 男 ・ 女 ・ 性別未決定
出生体重	g	出生週数	在胎 週	日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI
		年 月 日			年 月 日		肥満度
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日			
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )						
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)			療育手帳	なし ・ あり	
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)				
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能			運動制限の必要性		なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明	
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載							
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]						
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]					
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]		紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]		消化管出血: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [ なし ・ あり ] 関節痛: [ なし ・ あり ]		関節内出血: [ なし ・ あり ]		筋肉内出血: [ なし ・ あり ]	
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]					
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]					
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]					
	その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )					
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]						
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]					
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]		紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]		消化管出血: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [ なし ・ あり ] 関節痛: [ なし ・ あり ]		関節内出血: [ なし ・ あり ]		筋肉内出血: [ なし ・ あり ]	
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]					
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]					
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]					
	その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )					

告示番号 **30** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：( )%	
	血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]			
	検査方法：( )			
	所見：( )			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：( )%	
	血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]			
	検査方法：( )			
	所見：( )			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[ なし ・ あり ]
	詳細：( )
既往歴	血栓または出血の既往：[ なし ・ あり ]
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]
重症度分類	重症度 (血友病)：[ 軽症 (凝固因子活性5%以上40%未満) ・ 中等症 (凝固因子活性1%以上5%未満) ・ 重症 (凝固因子活性1%未満) ]

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( )
	再発予防法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
	血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )
治療	治療 (その他)：( )
今後の治療方針	今後の治療方針：( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )
	治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	

病名	<b>42 第X因子欠乏症</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号			受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%	
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日				
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )							
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり	
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)					
現状評価	治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明	
<b>臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>								
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): ( )						
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>								
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：( )%	

血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	
検査方法：( )	
所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：( )%	

血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	
検査方法：( )	
所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[ なし ・ あり ]	詳細：( )
既往歴	血栓または出血の既往：[ なし ・ あり ]	
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( )	
	再発予防法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )	
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
	血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
治療	治療 (その他)：( )	
今後の治療方針	今後の治療方針：( )	
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )	
	治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月	

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。			
医療機関名		記載年月日	年 月 日
医療機関住所		診療科	
		医師名	(印)
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	

病名	<b>43 第XI因子欠乏症</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号			受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI	
		年 月 日			年 月 日		肥満度	%
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日				
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )							
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり	
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)					
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明	
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]							
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]						
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]						
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]						
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]						
	その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )						
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]							
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]						
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]						
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]						
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]						
	その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )						

告示番号 **36** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：( )%	

血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	
検査方法：( )	
所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：( )%	

血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	
検査方法：( )	
所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[ なし ・ あり ]	詳細：( )
既往歴	血栓または出血の既往：[ なし ・ あり ]	
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( )	
	再発予防法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )	
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
	血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
治療	治療 (その他)：( )	
今後の治療方針	今後の治療方針：( )	
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )	
	治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月	

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日

医療機関住所 診療科

医師名 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

病名 <b>44 第四因子欠乏症</b>		受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号	受診日	年	月	日		
ふりがな 氏名 (Alphabet)			(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳 月 日 性別 男・女・性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	出生時に住民登録をした所 ( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD) BMI	
	年	月	日	年	月 日 肥満度 %	
発病時期	年	月	頃	初診日	年 月 日	
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他( )					
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)			療育手帳	なし・あり
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)		なし・あり(等級 1級・2級・3級)			
現状評価	治療・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能			運動制限の必要性		なし・あり
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明	小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当		する・しない・不明
臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載						
現在の生活状態		社会活動:[ 制限なし・制限あり ] 社会活動(その他):( ) 日常生活:[ 制限なし・制限あり ]				
症状	全身	貧血:[ なし・あり ]		血栓症:[ なし・あり ]		
	皮膚・粘膜	出血斑:[ なし・あり ]		紫斑:[ なし・あり ]		
	消化器	下血:[ なし・あり ]		消化管出血:[ なし・あり ]		
	筋・骨格	関節痛:[ なし・あり ]				
	精神・神経	脳出血:[ なし・あり ]				
	腎・泌尿器	血尿:[ なし・あり ]				
	耳鼻咽喉	鼻出血:[ なし・あり ]				
	その他	歯肉出血:[ なし・あり ] 症状(その他):( )				
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載						
現在の生活状態		社会活動:[ 制限なし・制限あり ] 社会活動(その他):( ) 日常生活:[ 制限なし・制限あり ]				
症状	全身	貧血:[ なし・あり ]		血栓症:[ なし・あり ]		
	皮膚・粘膜	出血斑:[ なし・あり ]		紫斑:[ なし・あり ]		
	消化器	下血:[ なし・あり ]		消化管出血:[ なし・あり ]		
	筋・骨格	関節痛:[ なし・あり ]				
	精神・神経	脳出血:[ なし・あり ]				
	腎・泌尿器	血尿:[ なし・あり ]				
	耳鼻咽喉	鼻出血:[ なし・あり ]				
	その他	歯肉出血:[ なし・あり ] 症状(その他):( )				

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL	
	PT：( )秒 ・ %	PT-INR：( )	APTT：( )秒	フィブリノゲン：( )mg/dL
	アンチトロンピン：( )%	出血時間：( )分	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：( )%	

血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	
検査方法：( )	
所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL	
	PT：( )秒 ・ %	PT-INR：( )	APTT：( )秒	フィブリノゲン：( )mg/dL
	アンチトロンピン：( )%	出血時間：( )分	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：( )%	

血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	
検査方法：( )	
所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[ なし ・ あり ]	詳細：( )
既往歴	血栓または出血の既往：[ なし ・ あり ]	
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( )	
	再発予防法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )	
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
	血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
治療	治療 (その他)：( )	
今後の治療方針	今後の治療方針：( )	
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )	
	治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月	

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。			
医療機関名		記載年月日	年 月 日
医療機関住所		診療科	
		医師名	(印)
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	



病名	45 第XIII因子欠乏症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号			受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI	
		年 月 日			年 月 日		肥満度	%
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日				
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )							
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり	
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)					
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明	
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]							
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]						
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]						
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]						
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]						
	その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )						
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]							
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]						
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]						
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]						
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]						
	その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )						

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL	
	PT：( )秒 ・ %	PT-INR：( )	APTT：( )秒	フィブリノゲン：( )mg/dL
	アンチトロンピン：( )%	出血時間：( )分	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：( )%	

血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	
検査方法：( )	
所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL	
	PT：( )秒 ・ %	PT-INR：( )	APTT：( )秒	フィブリノゲン：( )mg/dL
	アンチトロンピン：( )%	出血時間：( )分	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：( )%	

血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	
検査方法：( )	
所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[ なし ・ あり ]	詳細：( )
既往歴	血栓または出血の既往：[ なし ・ あり ]	
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( )	
	再発予防法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )	
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
	血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
治療	治療 (その他)：( )	
今後の治療方針	今後の治療方針：( )	
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )	
	治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月	

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。			
医療機関名	記載年月日	年	月 日
医療機関住所	診療科	医師名	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		

病名	46 フォンウィルブランド (von Willebrand) 病					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号			受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI	
		年 月 日			年 月 日		肥満度	%
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日				
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )							
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり	
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)					
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明	
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]							
症 状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]						
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]						
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]						
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]						
	その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )						
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]							
症 状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]						
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]						
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]						
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]						
	その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )						

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	インヒビター：( )BU	VWF抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：( )%	

血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	
検査方法：( )	
所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	インヒビター：( )BU	VWF抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：( )%	

血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	
検査方法：( )	
所見：( )	

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[ なし ・ あり ]	詳細：( )
既往歴	血栓または出血の既往：[ なし ・ あり ]	
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( )	
	再発予防法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )	
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
	血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	
治療	治療 (その他)：( )	
今後の治療方針	今後の治療方針：( )	
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )	
	治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月	

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。			
医療機関名		記載年月日	年 月 日
医療機関住所		診療科	
		医師名	(印)
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	

病名	47 36から46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	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号			受診日	年 月 日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村		
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI		
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	肥満度	%		
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日					
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )								
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり		
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)						
現状評価	治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性		なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明	
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]								
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]							
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]				
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]				
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]							
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]							
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]							
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]							
	その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )							
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載									
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]								
症状	全身	貧血: [ なし ・ あり ]							
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]				
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]				
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]							
	精神・神経	脳出血: [ なし ・ あり ]							
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]							
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]							
	その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )							

**検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載**

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%	
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL		
	PT：( )秒 ・ %	PT-INR：( )	APTT：( )秒	フィブリノゲン：( )mg/dL	
	アンチトロンピン：( )%	出血時間：( )分	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%	
	凝固因子活性 (その他)：( )				
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：( )%		
	血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]				
	検査方法：( )				
	所見：( )				

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%	
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL		
	PT：( )秒 ・ %	PT-INR：( )	APTT：( )秒	フィブリノゲン：( )mg/dL	
	アンチトロンピン：( )%	出血時間：( )分	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%	
	凝固因子活性 (その他)：( )				
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：( )%		
	血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]				
	検査方法：( )				
	所見：( )				

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

**その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

合併症	合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
既往歴	血栓または出血の既往：[ なし ・ あり ]
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]

**経過 (申請時) ※直近の状況を記載**

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 再発予防法：[ なし ・ あり ] 詳細：( ) 抗線溶療法：[ なし ・ あり ]
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ] 血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
治療	治療 (その他)：( )
今後の治療方針	今後の治療方針：( ) 治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月

**医療機関・医師署名**

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	

病名	<b>48 先天性プロテインC欠乏症</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号			受診日	年 月 日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村	
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI	
		年 月 日			年 月 日		肥満度	%
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日				
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )							
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり	
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)					
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明	
<b>臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>								
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): ( )					
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>								
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	プロテインC活性：( )%・未実施	プロテインS活性：( )%・未実施		
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：( )%	
	血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]			
	検査方法：( )			
	所見：( )			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	プロテインC活性：( )%・未実施	プロテインS活性：( )%・未実施		
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：( )%	
	血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]			
	検査方法：( )			
	所見：( )			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[ なし ・ あり ]	詳細：( )
既往歴	血栓または出血の既往：[ なし ・ あり ]	
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ]	薬剤名：( )
	抗凝固療法：[ なし ・ あり ]	薬剤名：( )
	再発予防法：[ なし ・ あり ]	薬剤名：( )
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ]	頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
	血小板輸血：[ なし ・ あり ]	頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
治療	治療 (その他)：( )	
今後の治療方針	今後の治療方針：( )	
	治療見込み期間 (入院)	開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )
	治療見込み期間 (外来)	開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	



病名	49 先天性プロテインS欠乏症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号			受診日	年 月 日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定		
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI		
		年 月 日			年 月 日		肥満度	%	
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日					
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )								
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)				療育手帳	なし ・ あり		
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)						
現状評価	治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				運動制限の必要性		なし ・ あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載									
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]								
症状	全身	易感染性: [ なし ・ あり ]		貧血: [ なし ・ あり ]		DIC: [ なし ・ あり ]			
		血栓症: [ なし ・ あり ]							
	皮膚・粘膜	発疹: [ なし ・ あり ]		出血斑: [ なし ・ あり ]		紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]		消化管出血: [ なし ・ あり ]					
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]							
	精神・神経	神経症状: [ なし ・ あり ]		脳出血: [ なし ・ あり ]					
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]		腎機能低下: [ なし ・ あり ]					
	内分泌・代謝	過多月経: [ なし ・ あり ]							
耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]								
その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ]		症状 (その他): ( )						
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載									
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]								
症状	全身	易感染性: [ なし ・ あり ]		貧血: [ なし ・ あり ]		DIC: [ なし ・ あり ]			
		血栓症: [ なし ・ あり ]							
	皮膚・粘膜	発疹: [ なし ・ あり ]		出血斑: [ なし ・ あり ]		紫斑: [ なし ・ あり ]			
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]		消化管出血: [ なし ・ あり ]					
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]							
	精神・神経	神経症状: [ なし ・ あり ]		脳出血: [ なし ・ あり ]					
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]		腎機能低下: [ なし ・ あり ]					
	内分泌・代謝	過多月経: [ なし ・ あり ]							
耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]								
その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ]		症状 (その他): ( )						

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	プロテインC活性：( )%・未実施	プロテインS活性：( )%・未実施		
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：( )%	
	血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]			
	検査方法：( )			
	所見：( )			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	プロテインC活性：( )%・未実施	プロテインS活性：( )%・未実施		
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：( )%	
	血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]			
	検査方法：( )			
	所見：( )			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )
	所見：( )	

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[ なし ・ あり ]	詳細：( )
既往歴	血栓または出血の既往：[ なし ・ あり ]	
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ]	薬剤名：( )
	抗凝固療法：[ なし ・ あり ]	薬剤名：( )
	再発予防法：[ なし ・ あり ]	薬剤名：( )
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ]	頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
	血小板輸血：[ なし ・ あり ]	頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
治療	治療 (その他)：( )	
今後の治療方針	今後の治療方針：( )	
	治療見込み期間 (入院)	開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )
	治療見込み期間 (外来)	開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	

病名	<b>50 先天性アンチトロンビン欠乏症</b>										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢			歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村					
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%						
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳	なし ・ あり				
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]												
症状	全身	易感染性: [ なし ・ あり ]			貧血: [ なし ・ あり ]			DIC: [ なし ・ あり ]					
	皮膚・粘膜	発疹: [ なし ・ あり ]			出血斑: [ なし ・ あり ]			紫斑: [ なし ・ あり ]					
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]			消化管出血: [ なし ・ あり ]								
	筋・骨格	関節痛: [ なし ・ あり ]											
	精神・神経	神経症状: [ なし ・ あり ]			脳出血: [ なし ・ あり ]								
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ]			腎機能低下: [ なし ・ あり ]								
	内分泌・代謝	過多月経: [ なし ・ あり ]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]											
その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ]			症状 (その他): ( )									
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]												
症状	全身	易感染性: [ なし ・ あり ]			貧血: [ なし ・ あり ]			DIC: [ なし ・ あり ]					
	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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	プロテインC活性：( )%・未実施	プロテインS活性：( )%・未実施		
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：( )%	
	血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]			
	検査方法：( )			
	所見：( )			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )	
	所見：( )		

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：( )/μL	好中球：( )%	リンパ球：( )%	単球：( )%
	好酸球：( )%	網赤血球：( )%	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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	第Ⅶ因子活性：( )%	第Ⅸ因子活性：( )%
	凝固因子活性 (その他)：( )			
	プロテインC活性：( )%・未実施	プロテインS活性：( )%・未実施		
	インヒビター：( )BU	VWF 抗原量 (VWF:Ag)：( )%	リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCO)：( )%	
	血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]			
	検査方法：( )			
	所見：( )			

遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日：( 年 月 日 )	
	所見：( )		

検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
------------	----------------

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[ なし ・ あり ]	詳細：( )
既往歴	血栓または出血の既往：[ なし ・ あり ]	
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ]	薬剤名：( )
	抗凝固療法：[ なし ・ あり ]	薬剤名：( )
	再発予防法：[ なし ・ あり ]	薬剤名：( )
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ]	頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
	血小板輸血：[ なし ・ あり ]	頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
治療	治療 (その他)：( )	
今後の治療方針	今後の治療方針：( )	
	治療見込み期間 (入院)	開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )
	治療見込み期間 (外来)	開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	

病名	<b>51 骨髄線維症</b>										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村						
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校 ( 専攻科を含む ) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 ( 短期大学を含む ) ・ 就労 ( 就学中の就労も含む ) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級 )					療育手帳	なし ・ あり					
	精神障害者保健福祉手帳 ( 障害者手帳 )			なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 )									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性			なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 ( 診断時 ) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症状	全身	易感染性: [ なし ・ あり ]					貧血: [ なし ・ あり ]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]					紫斑: [ なし ・ あり ]						
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]					肝腫大: [ なし ・ あり ]			脾腫大: [ なし ・ あり ]			
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]											
	その他	症状 ( その他 ): ( )											
臨床所見 ( 申請時 ) ※ 直近の状況を記載													
症状	全身	易感染性: [ なし ・ あり ]					貧血: [ なし ・ あり ]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]					紫斑: [ なし ・ あり ]						
	消化器	黄疸: [ なし ・ あり ]					肝腫大: [ なし ・ あり ]			脾腫大: [ なし ・ あり ]			
	耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]											
	その他	症状 ( その他 ): ( )											
検査所見 ( 診断時 ) ※ 診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査	白血球数: ( ) / $\mu\text{L}$ 好中球: ( ) %    リンパ球: ( ) %    単球: ( ) % 好酸球: ( ) %    網赤血球: ( ) %    赤血球数: ( ) $\times 10^4 / \mu\text{L}$ 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: ( ) $\times 10^4 / \mu\text{L}$ フィブリノゲン: ( ) mg/dL    LDH: ( ) U/L												
	末梢血白血球形態異常: [ なし ・ あり ] 所見: ( )												
	末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ] 所見: ( )												
骨髄検査	骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ]    実施日: ( 年 月 日 ) 赤芽球系: ( ) %    顆粒球系: ( ) %    単球系: ( ) %    リンパ球系: ( ) % 芽球系: ( ) %    有核細胞数: ( ) $\times 10^4 / \mu\text{L}$												
病理検査	骨髄生検: [ 未実施 ・ 実施 ]    実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )												
画像検査	超音波検査 ( 肝 ・ 脾 ): [ 未実施 ・ 実施 ]    実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )												
	CT 検査 ( 肝 ): [ 未実施 ・ 実施 ]    実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )												

告示番号 **19** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )

検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )
------------	-----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数: ( )/μL 好中球: ( )% リンパ球: ( )% 単球: ( )% 好酸球: ( )% 網赤血球: ( )‰ 赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL フィブリノゲン: ( )mg/dL LDH: ( )U/L
	末梢血白血球形態異常: [ なし ・ あり ] 所見: ( )
	末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ] 所見: ( )

骨髄検査	骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 赤芽球系: ( )% 顆粒球系: ( )% 単球系: ( )% リンパ球系: ( )% 芽球系: ( )% 有核細胞数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL
------	--

病理検査	骨髄生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
------	--

画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )

検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )
------------	-----------------

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: [ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ] HLAアリル一致度: [ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ] HLA抗原一致度: [ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ] ex vivo細胞除去: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 前処置: ( )
治療	治療 (その他): ( )
今後の治療方針	今後の治療方針: ( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 通院頻度: ( )回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名 記載年月日 年 月 日  
医療機関住所 診療科 医師名 (印)  
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

病名	<b>52 再生不良性貧血</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日						
ふりがな						(変更があった場合)				
氏名						ふりがな				
(Alphabet)						以前の登録氏名 (Alphabet)				
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳	か月	日	性別	男・女・性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所 ( ) 都道府県 ( ) 市区町村					
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI			
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日		肥満度	%		
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日						
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他( )									
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし・あり(等級 1級・2級・3級・4級・5級・6級)				療育手帳	なし・あり			
	精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)		なし・あり(等級 1級・2級・3級)							
現状評価	治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能				運動制限の必要性		なし・あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する・しない・不明		小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当			する・しない・不明		
<b>臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>										
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): ( )					
<b>臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載</b>										
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): ( )					
<b>検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載</b>										
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 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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 <sup>7</sup> cells							
	抗血小板自己抗体: [ 未実施・実施 ]	検査方法: ( )	所見: ( )							
	自己抗体(Gp II b/III a): [ 未実施・実施 ]	検査方法: ( )	所見: ( )							
	血小板機能検査: [ 未実施・実施 ]	検査方法: ( )	所見: ( )							
	自己抗体(GP I b): [ 未実施・実施 ]	検査方法: ( )	所見: ( )							
	末梢血白血球形態異常: [ なし・あり ]	所見: ( )								
	末梢血赤血球形態異常: [ なし・あり ]	所見: ( )								
	自己抗体(その他): ( )									
細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率(フローサイトメトリー法): [ 未実施・実施 ]				比率所見: ( )%					
赤血球特殊検査	HAMテスト: [ 陰性・陽性・不明 ]									
	赤血球特殊検査: [ 未実施・実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 検査法: ( )									
	所見: ( )									
骨髓検査	骨髓検査: [ 未実施・実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )							
	赤芽球系: ( )%	顆粒球系: ( )%	単球系: ( )%	リンパ球系: ( )%						
	芽球系: ( )%	有核細胞数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 ]									

**告示番号 20 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2**

病理検査	骨髄生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )
画像検査	MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	染色体脆弱性試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	白血球数: ( )/μL 好中球: ( )% リンパ球: ( )% 単球: ( )% 好酸球: ( )% 網赤血球: ( )% 好中球数: ( )/μL 赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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 <sup>3</sup> cells	
	抗血小板自己抗体: [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法: ( ) 所見: ( )	
	自己抗体 (Gp II b/III a): [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法: ( ) 所見: ( )	
	血小板機能検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法: ( ) 所見: ( )	
	自己抗体 (GP I b): [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法: ( ) 所見: ( )	
	末梢血白血球形態異常: [ なし ・ あり ] 所見: ( )	
	末梢血赤血球形態異常: [ なし ・ あり ] 所見: ( )	
	自己抗体 (その他): ( )	
	細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率 (フローサイトメトリー法): [ 未実施 ・ 実施 ] 比率所見: ( )%
	赤血球特殊検査	HAMテスト: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 赤血球特殊検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 検査法: ( ) 所見: ( )

骨髄検査	骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 赤芽球系: ( )% 顆粒球系: ( )% 単球系: ( )% リンパ球系: ( )% 芽球系: ( )% 有核細胞数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL 巨核球数: ( )/mL 造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [ なし ・ あり ] 骨髄球系: [ なし ・ あり ] 巨核球: [ なし ・ あり ]
病理検査	骨髄生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )

感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )
画像検査	MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )

遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	染色体脆弱性試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )

**その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

合併症	合併症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
既往歴	入院加療を要する感染症: [ なし ・ あり ] 血栓または出血の既往: [ なし ・ あり ]
重症度分類	重症度 (再生不良性貧血): [ 軽症 (Stage1) ・ 中等症 (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 ]
	アンドロゲン療法: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( ) 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] サイトカイン類: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( ) 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
輸血療法	赤血球輸血: [ なし ・ あり ] 頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ] 血小板輸血: [ なし ・ あり ] 頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
移植	造血幹細胞移植: [ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ] 実施日: ( 年 月 日 ) ドナー: [ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ] 移植細胞: [ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ]
	HLA アリル一致度: [ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ] HLA 抗原一致度: [ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ] ex vivo細胞除去: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ] 前処置: ( )
治療	治療 (その他): ( ) 今後の治療方針: ( )
今後の治療方針	治療見込み期間 (入院) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 通院頻度: ( )回/月

**医療機関・医師署名**

上記の通り診断します。

医療機関名 \_\_\_\_\_ 記載年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関住所 \_\_\_\_\_

診療科 \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( \_\_\_\_\_ )