

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）										1/2							
病名		14 不安定ヘモグロビン症										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																					
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：( )																			

