

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）										1/2							
病名		22 家族性赤血球増加症										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		肥満度					
				年		月				日		年								月	
発病時期		年		月		頃		初診日		年		月		日							
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )																			
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)												療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)															
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能												運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明				小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当						する ・ しない ・ 不明					
臨床所見（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 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：( )																			
		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)：( )																			

