

告示番号		50		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		6 無トランスフェリン血症								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] 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) : ()									
臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載													
症状		全身		貧血 : [なし ・ あり] 鉄過剰症状 : [なし ・ あり]									
		皮膚・粘膜		出血斑 : [なし ・ あり] 紫斑 : [なし ・ あり]									
		消化器		黄疸 : [なし ・ あり] 肝腫大 : [なし ・ あり] 脾腫大 : [なし ・ あり] 消化器症状 : [なし ・ あり] 腹部症状 : [なし ・ あり]									
		その他		症状 (その他) : ()									
検査所見 (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 : () / μ L 好中球 : () % リンパ球 : () % 単球 : () % 好酸球 : () % 網赤血球 : () ‰ 赤血球数 : () $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL 平均赤血球容積 (MCV) : () fL 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L 血清直接ビリルビン (D-Bil) : () mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil) : () mg/dL LDH : () U/L 血清鉄 (Fe) : () mg/dL フェリチン : () ng/mL ・ 未実施 TIBC : () mg/dL UIBC : () μ g/dL 直接Coombs試験 : [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]											
		自己抗体種別 : [未実施 ・ 実施] 検査方法 : () 所見 : ()											
		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 : ()											

