

告示番号		8		血液疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（継続申請用）										1/2	
病名		18 11から17までに掲げるもののほか、遺伝性溶血性貧血 (具体的な疾病名:)										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名	
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ()					
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)								
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
現在の身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI					
										肥満度		%			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日									
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()													
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり					
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明				
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
症状		全身		貧血: [なし ・ あり]						鉄過剰症状: [なし ・ あり]					
		皮膚・粘膜		出血斑: [なし ・ あり]						紫斑: [なし ・ あり]					
		消化器		黄疸: [なし ・ あり]						脾腫大: [なし ・ あり] 胆石: [なし ・ あり]					
		精神・神経		神経症状: [なし ・ あり]											
		その他		症状 (その他): ()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
血液検査		白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()‰ 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil): ()mg/dL LDH: ()U/L 血清ハプトグロビン: ()mg/dL・未実施 直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]													
		赤血球特殊検査		赤血球特殊検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査法: () 所見: ()											
		尿検査		尿中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ヘモグロビン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]											
		便検査		便中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 便中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]											
		画像検査		超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()											
		遺伝学的検査		遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他): ()													
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
合併症		合併症: [なし ・ あり] 詳細: ()													
既往歴		入院加療を要する感染症: [なし ・ あり]													
家族歴		本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]													
経過 (申請時) ※直近の状況を記載															
薬物療法		補充療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 除鉄剤: [なし ・ あり]													
輸血療法		赤血球輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]													

2021a-001

告示番号	8	血液疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2021-001	2/2
手術	脾摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術（その他）：()							
治療	治療（その他）：()							
治療状況	現在の治療状況：[治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他] 現在の治療状況（その他）：()							
今後の治療方針	今後の治療方針：() 治療見込み期間（入院） 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 治療見込み期間（外来） 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回／月							
医療機関・医師署名								
上記の通り診断します。								
医療機関名					記載年月日 年 月 日			
医療機関住所					診療科			
					医師名			
					小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			