

告示番号		2		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		13 鎌状赤血球症								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
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) 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		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 (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 : ( )									
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) : ( )											

2021a-001

告示番号	2	血液疾患	(		)	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2/2
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 (      )					