

告示番号		4		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		12 □唇赤血球症										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)				体重 (測定日)		kg (SD)				BMI		肥満度							
				年		月				日		年								月		日	
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]			
				消化器症状：[なし ・ あり]										腹部症状：[なし ・ あり]									
		腎・泌尿器		腎機能低下：[なし ・ あり]																			
		眼		眼症状：[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 ヘモグロビンF (HbF)：()% 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 血清ハプトプロビン：()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]																					

2021a-001

2/2