| 告示番号 | 26 | 血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉 | 1/3 |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 1　巨赤芽球性貧血 | 受付種別 | □　新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 | | |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>肥満度　　% |
| 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**

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 診断 | | 二次性の原因：（　　） |
| 症状 | 全身 | 貧血：［　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　］<br>消化器症状：［　なし　・　あり　］　腹部症状：［　なし　・　あり　］ |
| | 精神・神経 | 神経症状：［　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**

| | | |
|---|---|---|
| 診断 | | 二次性の原因：（　　） |
| 症状 | 全身 | 貧血：［　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　］<br>消化器症状：［　なし　・　あり　］　腹部症状：［　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（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰<br>赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL<br>血小板数：（　　）×10⁴/μL　LDH：（　　）U/L<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL<br>UIBC：（　　）μg/dL　葉酸：（　　）ng/mL　ビタミン$B_{12}$：（　　）pg/mL<br>直接Coombs試験：［　陰性　・　陽性　・　不明　］ |
| | 自己抗体種別：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>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）<br>検査法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日）<br>赤芽球系：（　　）%　顆粒球系：（　　）%　単球系：（　　）%　リンパ球系：（　　）%<br>芽球系：（　　）%<br>造血細胞の形態異常：赤芽球系：［　なし　・　あり　］　骨髄球系：［　なし　・　あり　］　巨核球：［　なし　・　あり　］ |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 26　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

| | |
|---|---|
| 画像検査 | 超音波検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 画像検査（消化管）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　）%<br>好酸球：（　）%　網赤血球：（　）‰<br>赤血球数：（　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　）g/dL　平均赤血球容積（MCV）：（　）fL<br>血小板数：（　）×10⁴/μL　LDH：（　）U/L<br>血清鉄（Fe）：（　）mg/dL　フェリチン：（　）ng/mL・未実施　TIBC：（　）mg/dL<br>UIBC：（　）μg/dL　葉酸：（　）ng/mL　ビタミン$B_{12}$：（　）pg/mL<br>直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] |
| | 自己抗体種別：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査方法：（　）<br>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 ）<br>検査法：（　）<br>所見：（　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 画像検査 | 超音波検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>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 ]<br>詳細：（　） |
| 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：（　） |
| 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 ] |
| 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 ]<br>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 ）<br>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 |
| 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） ・<br>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 ・<br>その他（　） |

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
医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号　（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 26　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 26　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 2　後天性赤芽球癆 | 受付種別 | □　新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 | | |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>肥満度　　% |
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 診断 | | 二次性の原因：（　　） |
| 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　］ |
| | その他 | 症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 診断 | | 二次性の原因：（　　） |
| 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　］ |
| | 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　好中球数：（　　）/μL<br>赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL<br>血小板数：（　　）×10⁴/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<br>LDH：（　　）U/L　血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施<br>TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>直接Coombs試験：［　陰性　・　陽性　・　不明　］ |
| | 自己抗体種別：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 末梢血白血球形態異常：［　なし　・　あり　］<br>所見：（　　） |
| | 末梢血赤血球形態異常：［　なし　・　あり　］<br>所見：（　　） |
| 細胞表面抗原検査 | CD59陰性細胞比率（フローサイトメトリー法）：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日）　所見：（　　）% |
| 赤血球特殊検査 | HAMテスト：［　陰性　・　陽性　・　不明　］ |
| | 赤血球アデノシンデアミナーゼ活性（eADA）：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | 還元型グルタチオン（eGSH）：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | 赤血球特殊検査（その他）：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日）<br>検査法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日）<br>赤芽球系：（　　）%　顆粒球系：（　　）%　単球系：（　　）%　リンパ球系：（　　）%<br>芽球系：（　　）%　有核細胞数：（　　）×10⁴/μL　巨核球数：（　　）/mL<br>造血細胞の形態異常：赤芽球系：［　なし　・　あり　］　骨髄球系：［　なし　・　あり　］　巨核球：［　なし　・　あり　］ |
| 感染症免疫学的検査 | ウイルス検査：［　未実施　・　実施　］<br>所見：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 26　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

| | |
|---|---|
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| | CT検査（肝）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　）%<br>好酸球：（　）%　網赤血球：（　）‰　好中球数：（　）/μL<br>赤血球数：（　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　）g/dL　平均赤血球容積（MCV）：（　）fL<br>血小板数：（　）×10⁴/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<br>LDH：（　）U/L　血清鉄（Fe）：（　）mg/dL　フェリチン：（　）ng/mL・未実施<br>TIBC：（　）mg/dL　UIBC：（　）μg/dL<br>直接Coombs試験：[　陰性　・　陽性　・　不明　] |
| | 自己抗体種別：[　未実施　・　実施　]<br>検査方法：（　）<br>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　）<br>検査法：（　）<br>所見：（　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>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　]<br>詳細：（　） |
| 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：（　）<br>免疫抑制薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　）<br>ステロイド薬：[　なし　・　あり　]　除鉄剤：[　なし　・　あり　] |
| | アンドロゲン療法：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] |
| | サイトカイン類：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] |
| 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　]<br>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　] |
| 移植 | 造血幹細胞移植：[　未実施　・　実施　・　実施予定　]　実施日：（　年　月　日　）<br>ドナー：[　血縁　・　非血縁　・　自家　・　不明　]　移植細胞：[　骨髄　・　末梢血　・　臍帯血　・　不明　]<br>HLAアリル一致度：[　8/8　・　7/8　・　6/8　・　5/8以下　・　不明　]<br>HLA抗原一致度：[　完全一致　・　1座不一致　・　2座不一致　・　3座以上不一致　・　不明　]　ex vivo細胞除去：[　未実施　・　実施　・　不明　]<br>前処置：（　） |
| 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　]<br>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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 26**　**血液疾患**　（　　）**年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　　月　　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [　認定　・　不認定　] |
| 研究同意の有無 | [　有　・　無　] |
| 受給者番号 | 受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日 |
| 階層区分 | [　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　] |
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）<br>被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |

# 告示番号 27 血液疾患 （ ） 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 3 先天性赤芽球癆（ダイアモンド・ブラックファン（Diamond-Blackfan）貧血） | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号 （ ） 被保険者記号 （ ） 被保険者番号 （ ） 被保険者個人単位枝番 （ ）<br>資格取得年月日 年 月 日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号 （ ー ） 都道府県 （ ） 市区町村 （ ） 丁目番地等 （ ） | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県 （ ） 市区町村 （ ） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 日 |
| 発症時期 | 年 月 頃 | 記載時の年齢 | 満 歳 か月 日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（ SD）<br>年 月 日 | 体重（測定日） | kg（ SD）<br>年 月 日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （ 年 月 日 ） |
| 症状 | 全身 | 低身長（身長−2.0SD以下）：[ なし ・ あり ] 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 ] |
| | 筋・骨格 | 四肢・骨格奇形：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ] |
| | その他 | 小奇形：[ なし ・ あり ] 症状（その他）：（ ） |

## 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 ] 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 ] |
| | 筋・骨格 | 四肢・骨格奇形：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ] |
| | その他 | 小奇形：[ なし ・ あり ] 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：（ ）%<br>好酸球：（ ）% 網赤血球：（ ）‰ 好中球数：（ ）/μL<br>赤血球数：（ ）×10⁴/μL ヘモグロビン（Hb）：（ ）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL<br>血小板数：（ ）×10⁴/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<br>LDH：（ ）U/L 血清鉄（Fe）：（ ）mg/dL フェリチン：（ ）ng/mL・未実施<br>TIBC：（ ）mg/dL UIBC：（ ）μg/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：（ ）<br>所見：（ ） |
| | 末梢血白血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>所見：（ ） |
| | 末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>所見：（ ） |
| 細胞表面抗原検査 | CD59陰性細胞比率（フローサイトメトリー法）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）<br>所見：（ ） |
| 赤血球特殊検査 | HAMテスト：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] |
| | 赤血球アデノシンデアミナーゼ活性（eADA）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）<br>所見：（ ） |
| | 還元型グルタチオン（eGSH）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）<br>所見：（ ） |
| | 赤血球特殊検査（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）<br>検査法：（ ）<br>所見：（ ） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）<br>赤芽球系：（ ）% 顆粒球系：（ ）% 単球系：（ ）% リンパ球系：（ ）%<br>芽球系：（ ）% 有核細胞数：（ ）×10⁴/μL 巨核球数：（ ）/mL<br>造血細胞の形態異常：赤芽球系：[ なし ・ あり ] 骨髄球系：[ なし ・ あり ] 巨核球：[ なし ・ あり ] |
| 病理検査 | 骨髄生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）<br>所見：（ ） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 27**　**血液疾患**　（　　）　**年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| | |
|---|---|
| 感染症免疫学的検査 | ウイルス検査：[　未実施　・　実施　]<br>所見：（　　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| | CT検査（肝）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| | 染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　好中球数：（　　）/μL<br>赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL<br>血小板数：（　　）×10⁴/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<br>LDH：（　　）U/L　血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施<br>TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/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：（　　）<br>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　）<br>検査法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 病理検査 | 骨髄生検：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| | 染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　]<br>詳細：（　　） |
| 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：（　　）<br>免疫抑制薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　）<br>免疫グロブリン大量療法：[　なし　・　あり　]　治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　]<br>ステロイド薬：[　なし　・　あり　]　G-CSF療法：[　なし　・　あり　]　除鉄剤：[　なし　・　あり　] |
| | アンドロゲン療法：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] |
| | サイトカイン類：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] |
| 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　]<br>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　] |
| 移植 | 造血幹細胞移植：[　未実施　・　実施　・　実施予定　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>ドナー：[　血縁　・　非血縁　・　自家　・　不明　]　移植細胞：[　骨髄　・　末梢血　・　臍帯血　・　不明　]<br>HLAアリル一致度：[　8/8　・　7/8　・　6/8　・　5/8以下　・　不明　]<br>HLA抗原一致度：[　完全一致　・　1座不一致　・　2座不一致　・　3座以上不一致　・　不明　]　ex vivo細胞除去：[　未実施　・　実施　・　不明　]<br>前処置：（　　） |
| 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　]<br>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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 27**　**血液疾患**　（　　）**年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　　月　　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [　認定　・　不認定　] |
| 研究同意の有無 | [　有　・　無　] |
| 受給者番号 | 受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日 |
| 階層区分 | [　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　] |
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）<br>被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |

# 告示番号 43　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 4　先天性赤血球形成異常性貧血 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 | | |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>肥満度　　% |
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 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 ] |
| | 筋・骨格 | 四肢・骨格奇形：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ] |
| | 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 ] |
| | 筋・骨格 | 四肢・骨格奇形：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ] |
| | 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>ヘモグロビンF（HbF）：（　　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>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 ] |
| | 自己抗体種別：[ 未実施 ・ 実施 ]　検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 末梢血白血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>所見：（　　） |
| | 末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>所見：（　　） |
| 細胞表面抗原検査 | CD59陰性細胞比率（フローサイトメトリー法）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）　所見：（　　）% |
| 赤血球特殊検査 | HAMテスト：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] |
| | 赤血球アデノシンデアミナーゼ活性（eADA）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | 還元型グルタチオン（eGSH）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | 赤血球特殊検査（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>検査法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>赤芽球系：（　　）%　顆粒球系：（　　）%　単球系：（　　）%　リンパ球系：（　　）%<br>芽球系：（　　）%　有核細胞数：（　　）×10⁴/μL　巨核球数：（　　）/mL<br>造血細胞の形態異常：赤芽球系：[ なし ・ あり ]　骨髄球系：[ なし ・ あり ]　巨核球：[ なし ・ あり ] |
| 病理検査 | 骨髄生検：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 43　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

| | |
|---|---|
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | CT検査（肺）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　）%<br>好酸球：（　）%　網赤血球：（　）‰　赤血球数：（　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　）g/dL<br>ヘモグロビンF（HbF）：（　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　）fL　血小板数：（　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　）mg/dL　フェリチン：（　）ng/mL・未実施　TIBC：（　）mg/dL　UIBC：（　）μg/dL<br>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 ] |
| | 自己抗体種別：[ 未実施 ・ 実施 ]　検査方法：（　）<br>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：（　）<br>所見：（　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 病理検査 | 骨髄生検：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>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 | 重症新生児黄疸：[ なし ・ あり ]　遷延性新生児黄疸：[ 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：（　）<br>免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>免疫グロブリン大量療法：[ なし ・ あり ]　治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]<br>ステロイド薬：[ なし ・ あり ]　G-CSF療法：[ なし ・ あり ]　除鉄剤：[ なし ・ あり ] |
| | アンドロゲン療法：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] |
| | サイトカイン類：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] |
| 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 ]<br>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 ] |
| 移植 | 造血幹細胞移植：[ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>ドナー：[ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ]　移植細胞：[ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ]<br>HLAアリル一致度：[ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ]<br>HLA抗原一致度：[ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ]　ex vivo細胞除去：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]<br>前処置：（　） |
| 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 ]<br>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 ）<br>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 |
| 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） ・<br>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 ・<br>その他（　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 43**　**血液疾患**　（　　）**年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　　月　　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [　認定　・　不認定　] |
| 研究同意の有無 | [　有　・　無　] |
| 受給者番号 | 受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日 |
| 階層区分 | [　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　] |
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）<br>被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |

# 告示番号 46　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 5　鉄芽球性貧血 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 診断 | | 二次性の原因：（　　） |
| 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 ]<br>消化器症状：[ なし ・ あり ]　腹部症状：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 神経症状：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 難聴：[ 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

| | | |
|---|---|---|
| 診断 | | 二次性の原因：（　　） |
| 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 ]<br>消化器症状：[ なし ・ あり ]　腹部症状：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 神経症状：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 難聴：[ 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>ヘモグロビンF（HbF）：（　　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] |
| | 末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>所見：（　　） |
| 細胞表面抗原検査 | CD59陰性細胞比率（フローサイトメトリー法）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）　所見：（　　）% |
| 赤血球特殊検査 | HAMテスト：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] |
| | 赤血球アデノシンデアミナーゼ活性（eADA）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | 還元型グルタチオン（eGSH）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | 赤血球特殊検査（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>検査法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>赤芽球系：（　　）%　顆粒球系：（　　）%　単球系：（　　）%　リンパ球系：（　　）%<br>芽球系：（　　）%　有核細胞数：（　　）×10⁴/μL　巨核球数：（　　）/mL<br>環状鉄芽球が骨髄総赤芽球が15%を超える：[ なし ・ あり ]<br>造血細胞の形態異常：赤芽球系：[ なし ・ あり ]　骨髄球系：[ なし ・ あり ]　巨核球：[ なし ・ あり ] |
| 病理検査 | 骨髄生検：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001



| | |
|---|---|
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | CT検査（肺）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　）%<br>好酸球：（　）%　網赤血球：（　）‰　赤血球数：（　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　）g/dL<br>ヘモグロビンF（HbF）：（　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　）fL　血小板数：（　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　）mg/dL　フェリチン：（　）ng/mL・未実施　TIBC：（　）mg/dL　UIBC：（　）μg/dL<br>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：（　）<br>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 ）<br>検査法：（　）<br>所見：（　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 病理検査 | 骨髄生検：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>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 ]<br>詳細：（　） |
| 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：（　）<br>免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>免疫グロブリン大量療法：[ なし ・ あり ]　治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]<br>ステロイド薬：[ なし ・ あり ]　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 ]<br>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 ] |
| 移植 | 造血幹細胞移植：[ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>ドナー：[ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ]　移植細胞：[ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ]<br>HLAアリル一致度：[ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ]<br>HLA抗原一致度：[ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ]　ex vivo細胞除去：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]<br>前処置：（　） |
| 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 ]<br>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 ）<br>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 |
| 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） ・<br>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 ・<br>その他（　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 46**　**血液疾患**　（　　）**年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　　月　　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [　認定　・　不認定　] |
| 研究同意の有無 | [　有　・　無　] |
| 受給者番号 | 受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日 |
| 階層区分 | [　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　] |
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）<br>被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |

# 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〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 6　無トランスフェリン血症 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 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 ]<br>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 ]<br>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：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] |
| | 自己抗体種別：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>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）<br>検査法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>赤芽球系：（　　）%　顆粒球系：（　　）%　単球系：（　　）%　リンパ球系：（　　）%<br>芽球系：（　　）%　有核細胞数：（　　）×10⁴/μL　巨核球数：（　　）/mL<br>造血細胞の形態異常：赤芽球系：[ なし ・ あり ]　骨髄球系：[ なし ・ あり ]　巨核球：[ なし ・ あり ] |
| 病理検査 | 骨髄生検：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



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〉　

| | |
|---|---|
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| | 染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　）%<br>好酸球：（　）%　網赤血球：（　）‰　赤血球数：（　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　）fL　血小板数：（　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　）mg/dL　フェリチン：（　）ng/mL・未実施　TIBC：（　）mg/dL　UIBC：（　）μg/dL<br>直接Coombs試験：[　陰性　・　陽性　・　不明　] |
| | 自己抗体種別：[　未実施　・　実施　]<br>検査方法：（　）<br>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　）<br>検査法：（　）<br>所見：（　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| 病理検査 | 骨髄生検：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| | 染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>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　]<br>詳細：（　） |
| 既往歴 | 入院加療を要する感染症：[　なし　・　あり　] |
| 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：（　）<br>免疫抑制薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　）<br>免疫グロブリン大量療法：[　なし　・　あり　]　治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　]<br>ステロイド薬：[　なし　・　あり　]　G-CSF療法：[　なし　・　あり　]　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　]<br>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　] |
| 移植 | 造血幹細胞移植：[　未実施　・　実施　・　実施予定　]　実施日：（　年　月　日　）<br>ドナー：[　血縁　・　非血縁　・　自家　・　不明　]　移植細胞：[　骨髄　・　末梢血　・　臍帯血　・　不明　]<br>HLAアリル一致度：[　8/8　・　7/8　・　6/8　・　5/8以下　・　不明　]<br>HLA抗原一致度：[　完全一致　・　1座不一致　・　2座不一致　・　3座以上不一致　・　不明　]　ex vivo細胞除去：[　未実施　・　実施　・　不明　]<br>前処置：（　） |
| 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　]<br>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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**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〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　　月　　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [　認定　・　不認定　] |
| 研究同意の有無 | [　有　・　無　] |
| 受給者番号 | 受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日 |
| 階層区分 | [　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　] |
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）<br>被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |

# 告示番号 21　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 7　寒冷凝集素症 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 診断 | | 二次性の原因：（　　） |
| 症状 | 全身 | 貧血：［ 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 ］<br>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

| | | |
|---|---|---|
| 診断 | | 二次性の原因：（　　） |
| 症状 | 全身 | 貧血：［ 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 ］<br>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：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×$10^4$/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×$10^4$/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>血清ハプトグロビン：（　　）mg/dL・未実施　血小板表面結合IgG（PA IgG）：（　　）ng/$10^7$cells<br>直接Coombs試験：［ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ］ |
| | 寒冷凝集素価：［ 未実施 ・ 実施 ］<br>所見：（　　） |
| | 抗血小板自己抗体：［ 未実施 ・ 実施 ］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体種別：［ 未実施 ・ 実施 ］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 末梢血赤血球形態異常：［ なし ・ あり ］<br>所見：（　　） |
| 細胞表面抗原検査 | CD59陰性細胞比率（フローサイトメトリー法）：［ 未実施 ・ 実施 ］　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 21　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

| | |
|---|---|
| 赤血球特殊検査 | HAMテスト：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] |
| | 赤血球特殊検査（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>検査法：（　）<br>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 ]　便中ウロビリン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] |
| 感染症免疫学的検査 | ウイルス検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：（　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　）%<br>好酸球：（　）%　網赤血球：（　）‰　赤血球数：（　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　）fL　血小板数：（　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　）mg/dL　フェリチン：（　）ng/mL・未実施　TIBC：（　）mg/dL　UIBC：（　）μg/dL<br>血清ハプトグロビン：（　）mg/dL・未実施　血小板表面結合IgG（PA IgG）：（　）ng/$10^7$cells<br>直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] |
| | 自己抗体種別：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査方法：（　）<br>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 ）<br>検査法：（　）<br>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 ）<br>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 ]<br>詳細：（　） |
| 既往歴 | 入院加療を要する感染症：[ なし ・ あり ] |
| 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：（　）<br>免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>免疫グロブリン大量療法：[ なし ・ あり ]　治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]<br>ステロイド薬：[ なし ・ あり ]　G-CSF療法：[ なし ・ あり ]　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 ]<br>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）：（　） |
| 治療状況 | 現在の治療状況：[ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ]<br>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 ）<br>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 |
| 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） ・<br>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 ・<br>その他（　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 21**　**血液疾患**　（　　）**年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　　月　　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [　認定　・　不認定　] |
| 研究同意の有無 | [　有　・　無　] |
| 受給者番号 | 受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日 |
| 階層区分 | [　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　] |
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）<br>被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |

# 告示番号 22　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 8　発作性寒冷ヘモグロビン尿症 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 症状 | 全身 | 貧血：[ 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 ] |
| | 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 ] |
| | 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 ] |
| | 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>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 ] |
| | 寒冷凝集素価：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：（　　） |
| | Donath Landsteiner抗体：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体種別：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>所見：（　　） |
| 細胞表面抗原検査 | CD59陰性細胞比率（フローサイトメトリー法）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）　所見：（　　）% |
| 赤血球特殊検査 | HAMテスト：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] |
| | 赤血球特殊検査（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>検査法：（　　）<br>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 ]　便中ウロビリン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 22　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

| | |
|---|---|
| 感染症免疫学的検査 | ウイルス検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：（　　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　　） |
| | CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>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 ] |
| | 自己抗体種別：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査方法：（　　）<br>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 ）<br>検査法：（　　）<br>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 ）<br>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 ]<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 入院加療を要する感染症：[ なし ・ あり ] |
| **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：（　　）<br>免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　　）<br>免疫グロブリン大量療法：[ なし ・ あり ]　治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]<br>ステロイド薬：[ なし ・ あり ]　G-CSF療法：[ なし ・ あり ]　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 ]<br>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）：（　　） |
| 治療状況 | 現在の治療状況：[ 治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他 ]<br>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 ）<br>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 |
| 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） ・<br>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 ・<br>その他（　　） |

**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
医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 22　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　3/3

| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 23　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 9　7及び8に掲げるもののほか、自己免疫性溶血性貧血（AIHAを含む。） | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 具体的な疾病名 | （　　） | 最終受診日 | （　　年　　月　　日） |

| | | |
|---|---|---|
| 病型 | | 病型（自己免疫性溶血性貧血）：[ 特発性 ・ 続発性 ] |
| 診断 | | 続発性の原因：（　　） |
| 症状 | 全身 | 発熱：[ なし ・ あり ]　易感染性：[ なし ・ あり ]　貧血：[ なし ・ あり ]　鉄過剰症状：[ なし ・ あり ]<br>DIC：[ なし ・ あり ] |
| | 皮膚・粘膜 | 発疹：[ なし ・ あり ]　色素沈着：[ なし ・ あり ]　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 ]　下血：[ なし ・ あり ]<br>消化管出血：[ なし ・ あり ]　胆石：[ なし ・ あり ] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 内分泌・代謝 | 性腺機能低下：[ なし ・ あり ]　過多月経：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 病型 | | 病型（自己免疫性溶血性貧血）：[ 特発性 ・ 続発性 ] |
| 診断 | | 続発性の原因：（　　） |
| 症状 | 全身 | 発熱：[ なし ・ あり ]　易感染性：[ なし ・ あり ]　貧血：[ なし ・ あり ]　鉄過剰症状：[ なし ・ あり ]<br>DIC：[ なし ・ あり ] |
| | 皮膚・粘膜 | 発疹：[ なし ・ あり ]　色素沈着：[ なし ・ あり ]　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 ]　下血：[ なし ・ あり ]<br>消化管出血：[ なし ・ あり ]　胆石：[ なし ・ あり ] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 内分泌・代謝 | 性腺機能低下：[ なし ・ あり ]　過多月経：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>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 ] |
| | 末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>所見：（　　） |
| 細胞表面抗原検査 | CD59陰性細胞比率（フローサイトメトリー法）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）　所見：（　　）% |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 23**　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　**2/3**

| | |
|---|---|
| 赤血球特殊検査 | HAMテスト：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] |
| | 赤血球特殊検査（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>検査法：（　）<br>所見：（　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>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 ]　便中ウロビリン：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] |
| 感染症免疫学的検査 | ウイルス検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：（　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　）%<br>好酸球：（　）%　網赤血球：（　）‰　赤血球数：（　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　）fL　血小板数：（　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　）mg/dL　フェリチン：（　）ng/mL・未実施　TIBC：（　）mg/dL　UIBC：（　）μg/dL<br>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 ）<br>検査法：（　）<br>所見：（　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>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 ）<br>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 ]<br>詳細：（　） |
| 既往歴 | 入院加療を要する感染症：[ なし ・ あり ]　血栓または出血の既往：[ なし ・ あり ] |
| **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：（　）<br>免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>抗凝固療法：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>免疫グロブリン大量療法：[ なし ・ あり ]　治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]<br>ステロイド薬：[ なし ・ あり ]　G-CSF療法：[ なし ・ あり ]　除鉄剤：[ なし ・ あり ] |
| | サイトカイン類：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] |
| | 抗体薬／分子標的薬：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] |
| 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 ]<br>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 ] |
| 血液浄化 | 腹膜透析（慢性透析）：[ 未実施 ・ 実施 ]　導入年月：（　年　月 ）<br>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] |
| | 血液透析（慢性透析）：[ 未実施 ・ 実施 ]　導入年月（　年　月 ）<br>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] |
| 手術 | 脾摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]<br>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 ]<br>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 ）<br>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 |
| 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） ・<br>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 ・<br>その他（　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 23**　**血液疾患**　（　　）**年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　　月　　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [　認定　・　不認定　] |
| 研究同意の有無 | [　有　・　無　] |
| 受給者番号 | 受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日 |
| 階層区分 | [　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　] |
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）<br>被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |

# 告示番号 48　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 10　発作性夜間ヘモグロビン尿症 | 受付種別 | □　新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 | | |
| 出生地 | 都道府県　（　　）　市区町村　（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>肥満度　　% |
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日　） |
| 症状 | 全身 | 発熱：[　なし　・　あり　]　易感染性：[　なし　・　あり　]　貧血：[　なし　・　あり　]<br>DIC：[　なし　・　あり　]　血栓症：[　なし　・　あり　] |
| | 皮膚・粘膜 | 発疹：[　なし　・　あり　]　色素沈着：[　なし　・　あり　]　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　]<br>腹部症状：[　なし　・　あり　]　下血：[　なし　・　あり　]　消化管出血：[　なし　・　あり　]　胆石：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 神経症状：[　なし　・　あり　]　脳出血：[　なし　・　あり　] |
| | 腎・泌尿器 | 腎機能低下：[　なし　・　あり　] |
| | 内分泌・代謝 | 性腺機能低下：[　なし　・　あり　]　過多月経：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]　症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 症状 | 全身 | 発熱：[　なし　・　あり　]　易感染性：[　なし　・　あり　]　貧血：[　なし　・　あり　]<br>DIC：[　なし　・　あり　]　血栓症：[　なし　・　あり　] |
| | 皮膚・粘膜 | 発疹：[　なし　・　あり　]　色素沈着：[　なし　・　あり　]　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　]<br>腹部症状：[　なし　・　あり　]　下血：[　なし　・　あり　]　消化管出血：[　なし　・　あり　]　胆石：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 神経症状：[　なし　・　あり　]　脳出血：[　なし　・　あり　] |
| | 腎・泌尿器 | 腎機能低下：[　なし　・　あり　] |
| | 内分泌・代謝 | 性腺機能低下：[　なし　・　あり　]　過多月経：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]　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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>ヘモグロビンF（HbF）：（　　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>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　] |
| 細胞表面抗原検査 | CD59陰性細胞比率（フローサイトメトリー法）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）　所見：（　　）% |
| 赤血球特殊検査 | HAMテスト：[　陰性　・　陽性　・　不明　]<br>赤血球特殊検査（その他）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>検査法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>有核細胞数：（　　）×10⁴/μL　巨核球数：（　　）/mL<br>造血細胞の形態異常：赤芽球系：[　なし　・　あり　]　骨髄球系：[　なし　・　あり　]　巨核球：[　なし　・　あり　] |
| 病理検査 | 骨髄生検：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　]　便中ウロビリン：[　陰性　・　陽性　・　不明　] |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001



| | |
|---|---|
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| | 染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　）%<br>好酸球：（　）%　網赤血球：（　）‰　赤血球数：（　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　）g/dL<br>ヘモグロビンF（HbF）：（　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　）fL　血小板数：（　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　）mg/dL　フェリチン：（　）ng/mL・未実施　TIBC：（　）mg/dL　UIBC：（　）μg/dL<br>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　）<br>検査法：（　）　所見：（　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| 病理検査 | 骨髄生検：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>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　]　便中ウロビリン：[　陰性　・　陽性　・　不明　] |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| | 染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>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　]<br>詳細：（　） |
| 既往歴 | 入院加療を要する感染症：[　なし　・　あり　]　血栓または出血の既往：[　なし　・　あり　]<br>溶血発作による入院：[　なし　・　時に（年に1～2回）　・　頻回に（年に3回以上）　] |
| 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：（　）<br>免疫抑制薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　）<br>抗凝固療法：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　）<br>免疫グロブリン大量療法：[　なし　・　あり　]　治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　]<br>ステロイド薬：[　なし　・　あり　]　G-CSF療法：[　なし　・　あり　]　除鉄剤：[　なし　・　あり　] |
| | アンドロゲン療法：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] |
| | 抗体薬／分子標的薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] |
| 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　]<br>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　] |
| 移植 | 造血幹細胞移植：[　未実施　・　実施　・　実施予定　]　実施日：（　年　月　日　）<br>ドナー：[　血縁　・　非血縁　・　自家　・　不明　]　移植細胞：[　骨髄　・　末梢血　・　臍帯血　・　不明　]<br>HLAアリル一致度：[　8/8　・　7/8　・　6/8　・　5/8以下　・　不明　]<br>HLA抗原一致度：[　完全一致　・　1座不一致　・　2座不一致　・　3座以上不一致　・　不明　]　ex vivo細胞除去：[　未実施　・　実施　・　不明　]<br>前処置：（　） |
| 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　]<br>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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 48**　**血液疾患**　（　　）**年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　　月　　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [　認定　・　不認定　] |
| 研究同意の有無 | [　有　・　無　] |
| 受給者番号 | 受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日 |
| 階層区分 | [　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　] |
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）<br>被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |

# 告示番号 1　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 11　遺伝性球状赤血球症 | 受付種別 | □　新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県　（　　）　市区町村　（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日　） |
| 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　]<br>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　]　脾腫大：[　なし　・　あり　]　胆石：[　なし　・　あり　]<br>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：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>ヘモグロビンF（HbF）：（　　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>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　] |
| | 末梢血赤血球形態異常：[　なし　・　あり　]<br>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　）<br>検査法：（　　）<br>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　）<br>所見：（　　） |
| | CT検査（肝）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 1**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>ヘモグロビンF（HbF）：（　　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>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　）<br>検査法：（　　）<br>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　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　]<br>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：（　　）<br>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　]<br>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　] |
| 手術 | 脾摘出術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　]<br>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　]<br>現在の治療状況（その他）：（　　） |
| 今後の治療方針 | 今後の治療方針：（　　）<br>治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 1　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 4　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 12　口唇赤血球症 | 受付種別 | □　新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 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　]<br>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）：（　　） |

## 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　]<br>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（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>ヘモグロビンF（HbF）：（　　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>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　] |
| | 末梢血赤血球形態異常：[　なし　・　あり　]<br>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）<br>検査法：（　　）<br>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）<br>所見：（　　） |
| | CT検査（肝）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 4　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　2/3

| | |
|---|---|
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　）%<br>好酸球：（　）%　網赤血球：（　）‰　赤血球数：（　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　）g/dL<br>ヘモグロビンF（HbF）：（　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　）fL　血小板数：（　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　）mg/dL　フェリチン：（　）ng/mL・未実施　TIBC：（　）mg/dL　UIBC：（　）μg/dL<br>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 ）<br>検査法：（　）<br>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 ）<br>所見：（　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>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 ]<br>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：（　）<br>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 ]<br>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 ] |
| 手術 | 脾摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]<br>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 ]<br>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 ）<br>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 |
| 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） ・<br>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 ・<br>その他（　） |

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
医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 4　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

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



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 13　鎌状赤血球症 | 受付種別 | □　新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 | | |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>肥満度　　% |
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 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）：（　　） |

## 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（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>ヘモグロビンF（HbF）：（　　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>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　] |
| | 末梢血赤血球形態異常：[　なし　・　あり　]<br>所見：（　　） |
| 赤血球特殊検査 | ヘモグロビン分画／ヘモグロビン電気泳動：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | 赤血球特殊検査（その他）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>検査法：（　　）<br>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）<br>所見：（　　） |
| | CT検査（肝）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



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

| | |
|---|---|
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　）%<br>好酸球：（　）%　網赤血球：（　）‰　赤血球数：（　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　）g/dL<br>ヘモグロビンF（HbF）：（　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　）fL　血小板数：（　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　）mg/dL　フェリチン：（　）ng/mL・未実施　TIBC：（　）mg/dL　UIBC：（　）μg/dL<br>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　）<br>検査法：（　）<br>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　）<br>所見：（　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>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　]<br>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：（　）<br>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　]<br>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）：（　） |
| 治療状況 | 現在の治療状況：[　治療開始予定　・　治療中　・　その他　]<br>現在の治療状況（その他）：（　） |
| 今後の治療方針 | 今後の治療方針：（　）<br>治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　） |
| 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

医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



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



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 7　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 14　不安定ヘモグロビン症 | 受付種別 | □　新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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**

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 症状 | 全身 | 貧血：[　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　] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　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　] |
| | 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　] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>ヘモグロビンF（HbF）：（　　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>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　] |
| | 末梢血赤血球形態異常：[　なし　・　あり　]<br>所見：（　　） |
| 赤血球特殊検査 | ヘモグロビン分画／ヘモグロビン電気泳動：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | 赤血球特殊検査（その他）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>検査法：（　　）<br>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）<br>所見：（　　） |
| | CT検査（肝）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 7　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

| | |
|---|---|
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　）%<br>好酸球：（　）%　網赤血球：（　）‰　赤血球数：（　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　）g/dL<br>ヘモグロビンF（HbF）：（　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　）fL　血小板数：（　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　）mg/dL　フェリチン：（　）ng/mL・未実施　TIBC：（　）mg/dL　UIBC：（　）μg/dL<br>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　）<br>検査法：（　）<br>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　）<br>所見：（　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>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　]<br>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：（　）<br>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　]<br>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）：（　） |
| 治療状況 | 現在の治療状況：[　治療開始予定　・　治療中　・　その他　]<br>現在の治療状況（その他）：（　） |
| 今後の治療方針 | 今後の治療方針：（　）<br>治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　） |
| 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

医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 7　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 5　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 15　サラセミア | 受付種別 | □　新規 |

| | |
|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名）<br>以前の登録氏名（変更のある場合）<br>（セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） |
| 生年月日 | 年　　月　　日　　性別　男性・女性・性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） |
| 出生体重 | g　出生週数　在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月　頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日 |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日）　cm（　　SD）　年　　月　　日<br>体重（測定日）　kg（　　SD）　年　　月　　日<br>BMI<br>肥満度　　% |
| 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<br>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<br>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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 病型 | | 病型（サラセミア）：[ α-サラセミア・β-サラセミア ] |
| 症状 | 全身 | 低身長（身長−2.0SD以下）：[ なし・あり ]　発熱：[ なし・あり ]　易感染性：[ なし・あり ]　貧血：[ 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 ] |
| | その他 | 症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 病型 | | 病型（サラセミア）：[ α-サラセミア・β-サラセミア ] |
| 症状 | 全身 | 低身長（身長−2.0SD以下）：[ なし・あり ]　発熱：[ なし・あり ]　易感染性：[ なし・あり ]　貧血：[ 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 ] |
| | 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>ヘモグロビンF（HbF）：（　　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>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 ] |
| | 末梢血赤血球形態異常：[ なし・あり ]<br>所見：（　　） |
| 赤血球特殊検査 | ヘモグロビン分画／ヘモグロビン電気泳動：[ 未実施・実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | 赤血球特殊検査（その他）：[ 未実施・実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>検査法：（　　）<br>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）<br>所見：（　　） |
| | CT検査（肝）：[ 未実施・実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 5　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　2/3

| | |
|---|---|
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　）%<br>好酸球：（　）%　網赤血球：（　）‰　赤血球数：（　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　）g/dL<br>ヘモグロビンF（HbF）：（　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　）fL　血小板数：（　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　）mg/dL　フェリチン：（　）ng/mL・未実施　TIBC：（　）mg/dL　UIBC：（　）μg/dL<br>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 ）<br>検査法：（　）<br>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 ）<br>所見：（　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>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 ]<br>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：（　）<br>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 ]<br>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 ] |
| 手術 | 手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 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 ]<br>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 ）<br>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 |
| 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） ・<br>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 ・<br>その他（　） |

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

医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 5**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [　認定　・　不認定　] |
| 研究同意の有無 | [　有　・　無　] |
| 受給者番号 | 受給者番号　（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　] |
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）被保険者記号　（　　）<br>被保険者番号　（　　）被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

| 告示番号 | 3 | 血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉 | 1/3 |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 16 グルコース-6-リン酸脱水素酵素欠乏症 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 | | |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>肥満度　　% |
| 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**

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 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 ] |
| | 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 ]　脾腫大：[ なし ・ あり ]　胆石：[ 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　白血球分画：好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>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 ] |
| | 末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>所見：（　　） |
| 赤血球特殊検査 | グルコース-6-リン酸脱水素酵素（G6PDH）活性：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | 赤血球特殊検査（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>検査法：（　　）<br>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）<br>所見：（　　） |
| | CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 3**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>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　）<br>検査法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 尿検査 | 尿中ウロビリノーゲン：[　陰性　・　陽性　・　不明　]　尿中ウロビリン：[　陰性　・　陽性　・　不明　]<br>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　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　]<br>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：（　　）<br>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　]<br>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　] |
| 手術 | 脾摘出術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　]<br>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　]<br>現在の治療状況（その他）：（　　） |
| 今後の治療方針 | 今後の治療方針：（　　）<br>治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 3**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [　認定　・　不認定　] |
| 研究同意の有無 | [　有　・　無　] |
| 受給者番号 | 受給者番号　（　　）　有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　] |
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）<br>被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 6　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 17 ピルビン酸キナーゼ欠乏性貧血 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 | | |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>肥満度 % |
| 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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 最終受診日 | （　　年　　月　　日） | | | |
| 症状 | 全身 | 貧血：[ なし ・ あり ] | 鉄過剰症状：[ 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 ] |
| | 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 ] | 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 ] |
| | 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　白血球分画：好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>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 ] |
| | 末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>所見：（　　） |
| 赤血球特殊検査 | ピルビン酸キナーゼ（PK）活性：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | 赤血球特殊検査（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>検査法：（　　）<br>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）<br>所見：（　　） |
| | CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 6**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>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　）<br>検査法：（　　）<br>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　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　]<br>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：（　　）<br>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　]<br>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　] |
| 手術 | 脾摘出術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　]<br>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　]<br>現在の治療状況（その他）：（　　） |
| 今後の治療方針 | 今後の治療方針：（　　）<br>治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 6　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

| 告示番号 | 8 | 血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉 | 1/3 |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 | | |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>肥満度　　% |
| 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**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 具体的な疾病名 | （　　） | 最終受診日 | （　　年　　月　　日） | |
| 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）：（　　） | | |

**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（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>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 ] |
| | 末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>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）<br>検査法：（　　）<br>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）<br>所見：（　　） |
| | CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-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〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>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　）<br>検査法：（　　）<br>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　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　]<br>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：（　　）<br>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　]<br>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　] |
| 手術 | 脾摘出術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　]<br>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　]<br>現在の治療状況（その他）：（　　） |
| 今後の治療方針 | 今後の治療方針：（　　）<br>治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

**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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 8　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 52　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 19　溶血性貧血（脾機能亢進症によるものに限る。） | 受付種別 | □　新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県　（　　）　市区町村　（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日　） |
| 診断 | | 二次性の原因：（　　） |
| 症状 | 全身 | 貧血：[　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　] |
| | その他 | 症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 診断 | | 二次性の原因：（　　） |
| 症状 | 全身 | 貧血：[　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　] |
| | 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>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　] |
| | 自己抗体種別：[　未実施　・　実施　]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 末梢血赤血球形態異常：[　なし　・　あり　]<br>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　）<br>検査法：（　　）<br>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　）<br>所見：（　　） |
| | CT検査（肝）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 52　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　2/3

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>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　] |
| | 自己抗体種別：[　未実施　・　実施　]<br>検査方法：（　　）<br>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　）<br>検査法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 尿検査 | 尿中ウロビリノーゲン：[　陰性　・　陽性　・　不明　]　尿中ウロビリン：[　陰性　・　陽性　・　不明　]<br>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　）<br>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　]<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 入院加療を要する感染症：[　なし　・　あり　] |
| **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：（　　）<br>免疫抑制薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　）<br>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　]<br>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　] |
| 手術 | 脾摘出術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　]<br>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　]<br>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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

**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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 52　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 47　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 20 微小血管障害性溶血性貧血 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 | | |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>肥満度　　% |
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 診断 | | 二次性の原因：（　　） |
| 症状 | 全身 | 貧血：[ なし ・ あり ]　高血圧：[ なし ・ あり ]　浮腫：[ なし ・ あり ]<br>DIC：[ 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 ]　消化器症状：[ なし ・ あり ]<br>腹部症状：[ なし ・ あり ]　下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 神経症状：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ]　腎機能低下：[ なし ・ あり ]　腎炎：[ 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

| | | |
|---|---|---|
| 診断 | | 二次性の原因：（　　） |
| 症状 | 全身 | 貧血：[ なし ・ あり ]　高血圧：[ なし ・ あり ]　浮腫：[ なし ・ あり ]<br>DIC：[ 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 ]　消化器症状：[ なし ・ あり ]<br>腹部症状：[ なし ・ あり ]　下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 神経症状：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ]　腎機能低下：[ なし ・ あり ]　腎炎：[ 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>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 ] |
| | 末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>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）<br>検査法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 47**　**血液疾患**　（　　）年度　**小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>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　）<br>検査法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　]<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 入院加療を要する感染症：[　なし　・　あり　]　血栓または出血の既往：[　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：（　　）<br>免疫抑制薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　）<br>抗凝固療法：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　）<br>抗けいれん薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　）<br>免疫グロブリン大量療法：[　なし　・　あり　]　治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　]<br>ステロイド薬：[　なし　・　あり　]　G-CSF療法：[　なし　・　あり　]　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　]<br>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　] |
| 血液浄化 | 腹膜透析（慢性透析）：[　未実施　・　実施　]　導入年月：（　　年　　月　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] |
| | 血液透析（慢性透析）：[　未実施　・　実施　]　導入年月：（　　年　　月　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] |
| 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　]<br>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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

**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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 47　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 25　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 21　真性多血症 | 受付種別 | □　新規 |

| | |
|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名）<br>以前の登録氏名（変更のある場合）<br>（セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） |
| 生年月日 | 年　　月　　日　　性別　男性・女性・性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） |
| 出生体重 | g　出生週数　在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月　頃　記載時の年齢　満　　歳　　か月　　日 |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日）　cm（　　SD）　年　　月　　日<br>体重（測定日）　kg（　　SD）　年　　月　　日<br>BMI<br>肥満度　　% |
| 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<br>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<br>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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>血清直接ビリルビン（D-Bil）：（　　）mg/dL　LDH：（　　）U/L<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>葉酸：（　　）ng/mL　ビタミン$B_{12}$：（　　）pg/mL　エリスロポイエチン：（　　）mIU/mL・未実施 |
| | 末梢血赤血球形態異常：[ なし・あり ]<br>所見：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施・実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>赤芽球系：（　　）%　顆粒球系：（　　）%　単球系：（　　）%　リンパ球系：（　　）%<br>芽球系：（　　）%　有核細胞数：（　　）×10⁴/μL　内因性赤芽球コロニー形成：[ なし・あり ] |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[ 未実施・実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[ 未実施・実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | 染色体検査：[ 未実施・実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | 遺伝子検査：[ 未実施・実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）　Jak2V617F遺伝子異常：[ なし・あり・不明 ]<br>遺伝子異常（その他）：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 25**　**血液疾患**　（　　）　**年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>血清直接ビリルビン（D-Bil）：（　　）mg/dL　LDH：（　　）U/L<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>葉酸：（　　）ng/mL　ビタミン$B_{12}$：（　　）pg/mL |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| | 染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）　Jak2V617F遺伝子異常：[　なし　・　あり　・　不明　]<br>遺伝子異常（その他）：（　　） |
| 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　]<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 入院加療を要する感染症：[　なし　・　あり　] |

| 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：（　　）<br>抗腫瘍薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　）<br>抗凝固療法：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　）<br>除鉄剤：[　なし　・　あり　] |
| | 抗体薬／分子標的薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] |
| 手術 | 脾摘出術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　]<br>手術（その他）：（　　） |
| 移植 | 造血幹細胞移植：[　未実施　・　実施　・　実施予定　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>ドナー：[　血縁　・　非血縁　・　自家　・　不明　]　移植細胞：[　骨髄　・　末梢血　・　臍帯血　・　不明　]<br>HLAアリル一致度：[　8/8　・　7/8　・　6/8　・　5/8以下　・　不明　]<br>HLA抗原一致度：[　完全一致　・　1座不一致　・　2座不一致　・　3座以上不一致　・　不明　]　ex vivo細胞除去：[　未実施　・　実施　・　不明　]<br>前処置：（　　） |
| 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　]<br>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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

**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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 25　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

| 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〉 | 1/3 |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 22 家族性赤血球増加症 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 | | |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>肥満度　　% |
| 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**

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>血清直接ビリルビン（D-Bil）：（　　）mg/dL　LDH：（　　）U/L<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>葉酸：（　　）ng/mL　ビタミン$B_{12}$：（　　）pg/mL |
| | 末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>所見：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>赤芽球系：（　　）%　有核細胞数：（　　）×10⁴/μL |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | 染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**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〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>血清直接ビリルビン（D-Bil）：（　　）mg/dL　LDH：（　　）U/L<br>血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL<br>葉酸：（　　）ng/mL　ビタミン$B_{12}$：（　　）pg/mL |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| | 染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　]<br>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：（　　）<br>抗腫瘍薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　）<br>抗凝固療法：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　）<br>除鉄剤：[　なし　・　あり　] |
| | 抗体薬／分子標的薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] |
| 手術 | 脾摘出術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　]<br>手術（その他）：（　　） |
| 移植 | 造血幹細胞移植：[　未実施　・　実施　・　実施予定　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>ドナー：[　血縁　・　非血縁　・　自家　・　不明　]　移植細胞：[　骨髄　・　末梢血　・　臍帯血　・　不明　]<br>HLAアリル一致度：[　8/8　・　7/8　・　6/8　・　5/8以下　・　不明　]<br>HLA抗原一致度：[　完全一致　・　1座不一致　・　2座不一致　・　3座以上不一致　・　不明　]　ex vivo細胞除去：[　未実施　・　実施　・　不明　]<br>前処置：（　　） |
| 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　]<br>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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

| 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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



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〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 16　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 23 免疫性血小板減少性紫斑病 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 | | |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>肥満度 % |
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ] |
| 症状 | 皮膚・粘膜 | 発疹：[ なし ・ あり ]　出血斑：[ なし ・ あり ]　紫斑：[ なし ・ あり ] |
| | 消化器 | 下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]　症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ] |
| 症状 | 皮膚・粘膜 | 発疹：[ なし ・ あり ]　出血斑：[ なし ・ あり ]　紫斑：[ なし ・ あり ] |
| | 消化器 | 下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]　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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×$10^4$/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×$10^4$/μL　PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）<br>APTT：（　　）秒　直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]　血小板表面結合IgG（PA IgG）：（　　）ng/$10^7$cells<br>網状血小板比率：（　　）%　網状血小板比率（正常対照）：（　　）% |
| | 抗血小板自己抗体：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（GPⅠb）：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（その他）：（　　） |
| 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）<br>検査法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>巨核球数：（　　）/mL<br>造血細胞の形態異常：赤芽球系：[ なし ・ あり ]　骨髄球系：[ なし ・ あり ]　巨核球：[ なし ・ あり ] |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 16　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　2/3

| | |
|---|---|
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　）%<br>好酸球：（　）%　網赤血球：（　）‰　赤血球数：（　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　）fL　血小板数：（　）×10⁴/μL　PT：（　）秒 ・ %　PT-INR：（　）<br>APTT：（　）秒　直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]　血小板表面結合IgG（PA IgG）：（　）ng/10⁷cells<br>網状血小板比率：（　）%　網状血小板比率（正常対照）：（　）% |
| | 抗血小板自己抗体：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査方法：（　）<br>所見：（　） |
| | 自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査方法：（　）<br>所見：（　） |
| | 自己抗体（GPⅠb）：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査方法：（　）<br>所見：（　） |
| | 自己抗体（その他）：（　） |
| 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 ）<br>検査法：（　）<br>所見：（　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>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 ]<br>詳細：（　） |
| 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：（　）<br>免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>免疫グロブリン大量療法：[ なし ・ あり ]　治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]<br>ピロリ菌除去：[ 未実施 ・ 実施 ]　治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]<br>ステロイド薬：[ なし ・ あり ] |
| | サイトカイン類：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] |
| 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 ]<br>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 ] |
| 手術 | 脾摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]<br>手術（その他）：（　） |
| 治療 | 治療（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 ）<br>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 |
| 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） ・<br>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 ・<br>その他（　） |
| **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

医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 16　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 17　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 24　23に掲げるもののほか、血小板減少性紫斑病 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 具体的な疾病名 | （　　） | 最終受診日 | （　　年　　月　　日） |

| | | |
|---|---|---|
| 症状 | 全身 | 貧血：[ 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 ]<br>下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>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 ] |
| | 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 ]<br>下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]　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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL　PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）<br>APTT：（　　）秒　直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]　血小板表面結合IgG（PA IgG）：（　　）ng/$10^7$cells<br>網状血小板比率：（　　）%　網状血小板比率（正常対照）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 抗血小板自己抗体：[ 未実施 ・ 実施 ]　検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[ 未実施 ・ 実施 ]　検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（GPⅠb）：[ 未実施 ・ 実施 ]　検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（その他）：（　　） |
| 細胞表面抗原検査 | CD59陰性細胞比率（フローサイトメトリー法）：[ 未実施 ・ 実施 ]　比率所見：（　　）% |
| | 細胞表面抗原検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：（　　） |
| 赤血球特殊検査 | HAMテスト：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 17　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

| | |
|---|---|
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>巨核球数：（　　）/mL<br>造血細胞の形態異常：赤芽球系：[ なし ・ あり ]　骨髄球系：[ なし ・ あり ]　巨核球：[ なし ・ あり ] |
| 感染症免疫学的検査 | ウイルス検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：（　　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　　） |
| | CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL　PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）<br>APTT：（　　）秒　直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]　血小板表面結合IgG（PA IgG）：（　　）ng/$10^7$cells<br>網状血小板比率：（　　）%　網状血小板比率（正常対照）：（　　）% |
| | 抗血小板自己抗体：[ 未実施 ・ 実施 ]　検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[ 未実施 ・ 実施 ]　検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（GPⅠb）：[ 未実施 ・ 実施 ]　検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（その他）：（　　） |
| 細胞表面抗原検査 | CD59陰性細胞比率（フローサイトメトリー法）：[ 未実施 ・ 実施 ]　比率所見：（　　）% |
| | 細胞表面抗原検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：（　　） |
| 赤血球特殊検査 | HAMテスト：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　　） |
| 感染症免疫学的検査 | ウイルス検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：（　　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　　） |
| | CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>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 ]<br>詳細：（　　） |
| 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：（　　）<br>免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　　）<br>免疫グロブリン大量療法：[ なし ・ あり ]　治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]<br>ピロリ菌除去：[ 未実施 ・ 実施 ]　治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]<br>ステロイド薬：[ なし ・ あり ] |
| | サイトカイン類：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　　）<br>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] |
| 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 ]<br>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 ] |
| 手術 | 脾摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]<br>手術（その他）：（　　） |
| 治療 | 治療（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 ）<br>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 |
| 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） ・<br>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 ・<br>その他（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 17**　**血液疾患**　（　　）**年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　　月　　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [　認定　・　不認定　] |
| 研究同意の有無 | [　有　・　無　] |
| 受給者番号 | 受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日 |
| 階層区分 | [　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　] |
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）<br>被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |

# 告示番号 18　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 25 血栓性血小板減少性紫斑病 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 | | |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>肥満度 % |
| 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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 最終受診日 | （　　年　　月　　日） | | | |
| 症状 | 全身 | 発熱：[ 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 ]<br>下血：[ なし ・ あり ] | 肝腫大：[ なし ・ あり ]<br>消化管出血：[ なし ・ あり ] | 脾腫大：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 神経症状：[ なし ・ あり ] | 脳出血：[ なし ・ あり ] | |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] | 腎機能低下：[ なし ・ あり ] | |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] | | |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] | | |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：（　　） | | |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 症状 | 全身 | 発熱：[ 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 ]<br>下血：[ なし ・ あり ] | 肝腫大：[ なし ・ あり ]<br>消化管出血：[ なし ・ あり ] | 脾腫大：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 神経症状：[ なし ・ あり ] | 脳出血：[ なし ・ あり ] | |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] | 腎機能低下：[ なし ・ あり ] | |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] | | |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] | | |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL　PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）<br>APTT：（　　）秒　フィブリノゲン：（　　）mg/dL　アンチトロンビン：（　　）%<br>出血時間：（　　）分　ADAMTS13活性：（　　）%　血清クレアチニン：（　　）mg/dL<br>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<br>血清ハプトグロビン：（　　）mg/dL・未実施 |
| | 抗ADAMTS13抗体：[ 未実施 ・ 実施 ]　判定：[ 陰性 ・ 陽性 ] |
| | 末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>所見：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 18　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　2/3

| | |
|---|---|
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　）%<br>好酸球：（　）%　網赤血球：（　）‰　赤血球数：（　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　）fL　血小板数：（　）×10⁴/μL　PT：（　）秒　・　%　PT-INR：（　）<br>APTT：（　）秒　フィブリノゲン：（　）mg/dL　アンチトロンビン：（　）%<br>出血時間：（　）分　ADAMTS13活性：（　）%　血清クレアチニン：（　）mg/dL<br>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<br>血清ハプトグロビン：（　）mg/dL・未実施 |
| | 抗ADAMTS13抗体：[　未実施　・　実施　]　判定：[　陰性　・　陽性　] |
| | 末梢血赤血球形態異常：[　なし　・　あり　]<br>所見：（　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>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　]<br>詳細：（　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：[　なし　・　あり　] |
| 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：（　）<br>免疫抑制薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　）<br>抗けいれん薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　）<br>再発予防法：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　）<br>ステロイド薬：[　なし　・　あり　] |
| | 抗体薬／分子標的薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] |
| 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　]<br>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　] |
| 血液浄化 | 腹膜透析（慢性透析）：[　未実施　・　実施　]　導入年月：（　年　月　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] |
| | 血液透析（慢性透析）：[　未実施　・　実施　]　導入年月：（　年　月　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] |
| 治療 | 治療（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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　） |

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

医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 18　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 15　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 26　血小板減少症（脾機能亢進症によるものに限る。） | 受付種別 | □　新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県　（　　）　市区町村　（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日　） |
| 診断 | | 二次性の原因：（　　） |
| 症状 | 全身 | 貧血：[　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　]<br>下血：[　なし　・　あり　]　消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[　なし　・　あり　] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 診断 | | 二次性の原因：（　　） |
| 症状 | 全身 | 貧血：[　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　]<br>下血：[　なし　・　あり　]　消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[　なし　・　あり　] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×$10^4$/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×$10^4$/μL　PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）<br>APTT：（　　）秒　直接Coombs試験：[　陰性　・　陽性　・　不明　]　血小板表面結合IgG（PA IgG）：（　　）ng/$10^7$cells<br>網状血小板比率：（　　）%　網状血小板比率（正常対照）：（　　）% |
| | 抗血小板自己抗体：[　未実施　・　実施　]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[　未実施　・　実施　]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（GPⅠb）：[　未実施　・　実施　]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（その他）：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001



| | |
|---|---|
| 病理検査 | 骨髄生検：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　）%<br>好酸球：（　）%　網赤血球：（　）‰　赤血球数：（　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　）fL　血小板数：（　）×10⁴/μL　PT：（　）秒 ・ %　PT-INR：（　）<br>APTT：（　）秒　直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]　血小板表面結合IgG（PA IgG）：（　）ng/10⁷cells<br>網状血小板比率：（　）%　網状血小板比率（正常対照）：（　）% |
| | 抗血小板自己抗体：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査方法：（　）<br>所見：（　） |
| | 自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査方法：（　）<br>所見：（　） |
| | 自己抗体（GPⅠb）：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査方法：（　）<br>所見：（　） |
| | 自己抗体（その他）：（　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 病理検査 | 骨髄生検：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>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 ]<br>詳細：（　） |
| 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 | 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>ピロリ菌除去：[ 未実施 ・ 実施 ]　治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] |
| | サイトカイン類：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] |
| 手術 | 脾摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]<br>手術（その他）：（　） |
| 治療 | 治療（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 ）<br>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 |
| 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） ・<br>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 ・<br>その他（　） |

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

医療機関所在地　　診断年月日　年　月　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 15　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 41　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 27 先天性無巨核球性血小板減少症 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 | | |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>肥満度 % |
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 症状 | 全身 | 貧血：[ 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 ]<br>下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]　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 ] |
| | 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 ]<br>下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]　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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>ヘモグロビンF（HbF）：（　　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL<br>血小板数：（　　）×10⁴/μL　PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>LDH：（　　）U/L　直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]　血小板表面結合IgG（PA IgG）：（　　）ng/$10^7$cells<br>網状血小板比率：（　　）%　網状血小板比率（正常対照）：（　　）% |
| | 抗血小板自己抗体：[ 未実施 ・ 実施 ]　検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[ 未実施 ・ 実施 ]　検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（GPⅠb）：[ 未実施 ・ 実施 ]　検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 末梢血白血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（その他）：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>赤芽球系：（　　）%　顆粒球系：（　　）%　単球系：（　　）%　リンパ球系：（　　）%<br>芽球系：（　　）%　有核細胞数：（　　）×10⁴/μL　巨核球数：（　　）/mL<br>造血細胞の形態異常：赤芽球系：[ なし ・ あり ]　骨髄球系：[ なし ・ あり ]　巨核球：[ なし ・ あり ] |
| 病理検査 | 骨髄生検：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 41　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　2/3

| | |
|---|---|
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　）%<br>好酸球：（　）%　網赤血球：（　）‰　赤血球数：（　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　）g/dL<br>ヘモグロビンF（HbF）：（　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　）fL<br>血小板数：（　）×10⁴/μL　PT：（　）秒 ・ %　PT-INR：（　）　APTT：（　）秒<br>LDH：（　）U/L　直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]　血小板表面結合IgG（PA IgG）：（　）ng/$10^7$cells<br>網状血小板比率：（　）%　網状血小板比率（正常対照）：（　）% |
| | 抗血小板自己抗体：[ 未実施 ・ 実施 ]　検査方法：（　）<br>所見：（　） |
| | 自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[ 未実施 ・ 実施 ]　検査方法：（　）<br>所見：（　） |
| | 自己抗体（GPⅠb）：[ 未実施 ・ 実施 ]　検査方法：（　）<br>所見：（　） |
| | 末梢血白血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>所見：（　） |
| | 末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>所見：（　） |
| | 自己抗体（その他）：（　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>赤芽球系：（　）%　顆粒球系：（　）%　単球系：（　）%　リンパ球系：（　）%<br>芽球系：（　）%　有核細胞数：（　）×10⁴/μL　巨核球数：（　）/mL<br>造血細胞の形態異常：赤芽球系：[ なし ・ あり ]　骨髄球系：[ なし ・ あり ]　巨核球：[ なし ・ あり ] |
| 病理検査 | 骨髄生検：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>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 ]<br>詳細：（　） |
| 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：（　）<br>免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>免疫グロブリン大量療法：[ なし ・ あり ]　治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]<br>ピロリ菌除去：[ 未実施 ・ 実施 ]　治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]<br>ステロイド薬：[ なし ・ あり ] |
| | サイトカイン類：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] |
| 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 ]<br>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 ] |
| 手術 | 脾摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]　手術（その他）：（　） |
| 移植 | 造血幹細胞移植：[ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>ドナー：[ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ]　移植細胞：[ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ]<br>HLAアリル一致度：[ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ]<br>HLA抗原一致度：[ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ]　ex vivo細胞除去：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]<br>前処置：（　） |
| 治療 | 治療（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 ）<br>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 |
| 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）・<br>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 ・<br>その他（　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 41**　**血液疾患**　（　　）**年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　　月　　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [　認定　・　不認定　] |
| 研究同意の有無 | [　有　・　無　] |
| 受給者番号 | 受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日 |
| 階層区分 | [　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　] |
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）<br>被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |

# 告示番号 42　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 28　ファンコニ（Fanconi）貧血 | 受付種別 | □　新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 | | |
| 出生地 | 都道府県　（　　）　市区町村　（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>肥満度　　% |
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日　） |
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]　社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] |
| 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　] |
| | 皮膚・粘膜 | 色素沈着：[　なし　・　あり　]　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　]<br>下血：[　なし　・　あり　]　消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 四肢・骨格奇形：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 精神運動発達遅滞：[　なし　・　境界　・　軽度　・　中等度　・　重度　・　最重度　・　不明　]　脳出血：[　なし　・　あり　] |
| | 内分泌・代謝 | 性腺機能低下：[　なし　・　あり　]　過多月経：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 小奇形：[　なし　・　あり　]　歯肉出血：[　なし　・　あり　]　症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]　社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] |
| 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　] |
| | 皮膚・粘膜 | 色素沈着：[　なし　・　あり　]　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　]<br>下血：[　なし　・　あり　]　消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 四肢・骨格奇形：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 精神運動発達遅滞：[　なし　・　境界　・　軽度　・　中等度　・　重度　・　最重度　・　不明　]　脳出血：[　なし　・　あり　] |
| | 内分泌・代謝 | 性腺機能低下：[　なし　・　あり　]　過多月経：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 小奇形：[　なし　・　あり　]　歯肉出血：[　なし　・　あり　]　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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　好中球数：（　　）/μL<br>赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL　ヘモグロビンF（HbF）：（　　）%<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL |
| | 末梢血白血球形態異常：[　なし　・　あり　]<br>所見：（　　） |
| | 末梢血赤血球形態異常：[　なし　・　あり　]<br>所見：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>赤芽球系：（　　）%　顆粒球系：（　　）%　単球系：（　　）%　リンパ球系：（　　）%<br>芽球系：（　　）%　有核細胞数：（　　）×10⁴/μL　巨核球数：（　　）/mL<br>造血細胞の形態異常：赤芽球系：[　なし　・　あり　]　骨髄球系：[　なし　・　あり　]　巨核球：[　なし　・　あり　] |
| 病理検査 | 骨髄生検：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| | CT検査（肝）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001



| | |
|---|---|
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 染色体脆弱性試験：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　）%<br>好酸球：（　）%　網赤血球：（　）‰　好中球数：（　）/μL<br>赤血球数：（　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　）g/dL　ヘモグロビンF（HbF）：（　）%<br>平均赤血球容積（MCV）：（　）fL　血小板数：（　）×10⁴/μL |
| | 末梢血白血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>所見：（　） |
| | 末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>所見：（　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>赤芽球系：（　）%　顆粒球系：（　）%　単球系：（　）%　リンパ球系：（　）%<br>芽球系：（　）%　有核細胞数：（　）×10⁴/μL　巨核球数：（　）/mL<br>造血細胞の形態異常：赤芽球系：[ なし ・ あり ]　骨髄球系：[ なし ・ あり ]　巨核球：[ なし ・ あり ] |
| 病理検査 | 骨髄生検：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 染色体脆弱性試験：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>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 ]<br>詳細：（　） |
| 家族歴 | 本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] |
| 重症度分類 | 重症度（再生不良性貧血）：[ 軽症（Stage1） ・ 中等症（Stage 2） ・ やや重症（Stage3） ・ 重症（Stage4） ・ 最重症（Stage5） ] |
| 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：（　）<br>免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>抗腫瘍薬：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>抗けいれん薬：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>ステロイド薬：[ なし ・ あり ]　G-CSF療法：[ なし ・ あり ]　除鉄剤：[ なし ・ あり ] |
| | アンドロゲン療法：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] |
| | サイトカイン類：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] |
| 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 ]<br>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 ] |
| 移植 | 造血幹細胞移植：[ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>ドナー：[ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ]　移植細胞：[ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ]<br>HLAアリル一致度：[ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ]<br>HLA抗原一致度：[ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ]　ex vivo細胞除去：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]<br>前処置：（　） |
| 治療 | 治療（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 ）<br>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 |
| 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） ・<br>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 ・<br>その他（　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 42**　**血液疾患**　（　　）**年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　　月　　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [　認定　・　不認定　] |
| 研究同意の有無 | [　有　・　無　] |
| 受給者番号 | 受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日 |
| 階層区分 | [　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　] |
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）<br>被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |

# 告示番号 24　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 29 周期性血小板減少症 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 | | |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>肥満度　　% |
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 診断 | | 二次性の原因：（　　） |
| 症状 | 全身 | 貧血：[ 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 ]<br>下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 診断 | | 二次性の原因：（　　） |
| 症状 | 全身 | 貧血：[ 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 ]<br>下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL　血小板表面結合IgG（PA IgG）：（　　）ng/10⁷cells<br>網状血小板比率：（　　）%　網状血小板比率（正常対照）：（　　）%　直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] |
| | 抗血小板自己抗体：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（GPⅠb）：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（その他）：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 24**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL　血小板表面結合IgG（PA IgG）：（　　）ng/10⁷cells<br>網状血小板比率：（　　）%　網状血小板比率（正常対照）：（　　）%　直接Coombs試験：［　陰性　・　陽性　・　不明　］ |
| | 抗血小板自己抗体：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（GPⅠb）：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（その他）：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　］<br>詳細：（　　） |
| 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：（　　）<br>免疫抑制薬：［　なし　・　あり　］　薬剤名：（　　）<br>免疫グロブリン大量療法：［　なし　・　あり　］　治療効果：［　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　］<br>ピロリ菌除去：［　未実施　・　実施　］　治療効果：［　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　］<br>ステロイド薬：［　なし　・　あり　］ |
| | サイトカイン類：［　なし　・　あり　］　薬剤名：（　　）<br>治療効果：［　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　］ |
| 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　］<br>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　］ |
| 手術 | 脾摘出術：［　未実施　・　実施予定　・　実施済　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>治療効果：［　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　］<br>手術（その他）：（　　） |
| 治療 | 治療（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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 24　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 51　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 30　メイ・ヘグリン（May-Hegglin）異常症 | 受付種別 | □　新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 症状 | 全身 | 高血圧：[　なし　・　あり　]　浮腫：[　なし　・　あり　] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[　なし　・　あり　]　紫斑：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 精神運動発達遅滞：[　なし　・　境界　・　軽度　・　中等度　・　重度　・　最重度　・　不明　] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　]　腎機能低下：[　なし　・　あり　]　蛋白尿：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 難聴：[　なし　・　あり　]　鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 症状 | 全身 | 高血圧：[　なし　・　あり　]　浮腫：[　なし　・　あり　] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[　なし　・　あり　]　紫斑：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 精神運動発達遅滞：[　なし　・　境界　・　軽度　・　中等度　・　重度　・　最重度　・　不明　] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　]　腎機能低下：[　なし　・　あり　]　蛋白尿：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 難聴：[　なし　・　あり　]　鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL |
| | 末梢血白血球形態異常：[　なし　・　あり　]<br>所見：（　　） |
| | 血小板機能検査：[　未実施　・　実施　]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | 染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



**告示番号 51**　**血液疾患**　（　　）　**年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL |
| | 末梢血白血球形態異常：[　なし　・　あり　]<br>所見：（　　） |
| | 血小板機能検査：[　未実施　・　実施　]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| | 染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　]<br>詳細：（　　） |
| 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：（　　）<br>ステロイド薬：[　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　]<br>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　] |
| 血液浄化 | 腹膜透析（慢性透析）：[　未実施　・　実施　]　導入年月：（　　年　　月　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] |
| | 血液透析（慢性透析）：[　未実施　・　実施　]　導入年月：（　　年　　月　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] |
| 治療 | 治療（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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

**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
医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 51　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 49　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 31　本態性血小板血症 | 受付種別 | □　新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 | | |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>肥満度　　% |
| 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**

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 症状 | 全身 | 易感染性：[　なし　・　あり　]　　血栓症：[　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　] |
| | 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 | 易感染性：[　なし　・　あり　]　　血栓症：[　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　] |
| | 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　LDH：（　　）U/L |
| | 血小板機能検査：[　未実施　・　実施　]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>赤芽球系：（　　）%　顆粒球系：（　　）%　単球系：（　　）%　リンパ球系：（　　）%<br>芽球系：（　　）%　有核細胞数：（　　）×10⁴/μL |
| 病理検査 | 骨髄生検：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | CT検査（肝）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | 染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 49　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　LDH：（　　）U/L |
| | 血小板機能検査：[　未実施　・　実施　]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>赤芽球系：（　　）%　顆粒球系：（　　）%　単球系：（　　）%　リンパ球系：（　　）%<br>芽球系：（　　）%　有核細胞数：（　　）×10⁴/μL |
| 病理検査 | 骨髄生検：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| | CT検査（肝）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| | 染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　]<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：[　なし　・　あり　] |

| 経過（申請時）　※直近の状況を記載 | |
|---|---|
| 薬物療法 | 免疫抑制薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　）<br>抗腫瘍薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　）<br>ステロイド薬：[　なし　・　あり　] |
| 移植 | 造血幹細胞移植：[　未実施　・　実施　・　実施予定　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>ドナー：[　血縁　・　非血縁　・　自家　・　不明　]　移植細胞：[　骨髄　・　末梢血　・　臍帯血　・　不明　]<br>HLAアリル一致度：[　8/8　・　7/8　・　6/8　・　5/8以下　・　不明　]<br>HLA抗原一致度：[　完全一致　・　1座不一致　・　2座不一致　・　3座以上不一致　・　不明　]　ex vivo細胞除去：[　未実施　・　実施　・　不明　]<br>前処置：（　　） |
| 治療 | 治療（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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 49　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 13　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 32 ベルナール・スーリエ（Bernard-Soulier）症候群 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | |
|---|---|
| 最終受診日 | （　　年　　月　　日） |
| 現在の生活状態 | 社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ] |

| 症状 | | |
|---|---|---|
| | 全身 | 易感染性：[ なし ・ あり ]　貧血：[ 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 ]<br>下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | |
|---|---|
| 現在の生活状態 | 社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ] |

| 症状 | | |
|---|---|---|
| | 全身 | 易感染性：[ なし ・ あり ]　貧血：[ 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 ]<br>下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 13**　**血液疾患**　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | FCM（GPIb／IX／V複合体）：[　未実施　・　実施　]<br>所見：（　　） |
| | 血小板機能検査：[　未実施　・　実施　]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 細胞表面抗原検査 | 細胞表面抗原検査：[　未実施　・　実施　]<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | FCM（GPIb／IX／V複合体）：[　未実施　・　実施　]<br>所見：（　　） |
| | 血小板機能検査：[　未実施　・　実施　]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 細胞表面抗原検査 | 細胞表面抗原検査：[　未実施　・　実施　]<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　]<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：[　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：（　　）<br>再発予防法：[　なし　・　あり　]　詳細：（　　）<br>ステロイド薬：[　なし　・　あり　]　抗線溶療法：[　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　]<br>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）：（　　） |
| 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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 13**　**血液疾患**　（　　）**年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　　月　　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [　認定　・　不認定　] |
| 研究同意の有無 | [　有　・　無　] |
| 受給者番号 | 受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日 |
| 階層区分 | [　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　] |
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）<br>被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |

# 告示番号 12　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 33 血小板無力症 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | |
|---|---|
| 最終受診日 | （　　年　　月　　日） |
| 現在の生活状態 | 社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ] |
| 症状 全身 | 易感染性：[ なし ・ あり ]　貧血：[ なし ・ あり ] |
| 症状 皮膚・粘膜 | 出血斑：[ なし ・ あり ]　紫斑：[ なし ・ あり ] |
| 症状 消化器 | 黄疸：[ なし ・ あり ]　肝腫大：[ なし ・ あり ]　脾腫大：[ なし ・ あり ]<br>下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| 症状 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| 症状 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| 症状 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] |
| 症状 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| 症状 その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | |
|---|---|
| 現在の生活状態 | 社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ] |
| 症状 全身 | 易感染性：[ なし ・ あり ]　貧血：[ なし ・ あり ] |
| 症状 皮膚・粘膜 | 出血斑：[ なし ・ あり ]　紫斑：[ なし ・ あり ] |
| 症状 消化器 | 黄疸：[ なし ・ あり ]　肝腫大：[ なし ・ あり ]　脾腫大：[ なし ・ あり ]<br>下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| 症状 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| 症状 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| 症状 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] |
| 症状 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| 症状 その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 12**　**血液疾患**　（　　）　**年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | FCM（GPIb／IX／V複合体）：[　未実施　・　実施　]<br>所見：（　　） |
| | 血小板機能検査：[　未実施　・　実施　]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 細胞表面抗原検査 | 細胞表面抗原検査：[　未実施　・　実施　]<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | FCM（GPIb／IX／V複合体）：[　未実施　・　実施　]<br>所見：（　　） |
| | 血小板機能検査：[　未実施　・　実施　]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 細胞表面抗原検査 | 細胞表面抗原検査：[　未実施　・　実施　]<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　]<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：[　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：（　　）<br>再発予防法：[　なし　・　あり　]　詳細：（　　）<br>ステロイド薬：[　なし　・　あり　]　抗線溶療法：[　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　]<br>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）：（　　） |
| 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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 12**　**血液疾患**　（　　）**年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　　月　　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [　認定　・　不認定　] |
| 研究同意の有無 | [　有　・　無　] |
| 受給者番号 | 受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日 |
| 階層区分 | [　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　] |
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）<br>被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |

# 告示番号 11　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 34 血小板放出機構異常症 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 | | |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>肥満度　　% |
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ] |
| 症状 | 全身 | 易感染性：[ なし ・ あり ]　貧血：[ なし ・ あり ] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[ なし ・ あり ]　紫斑：[ なし ・ あり ]　白皮症：[ 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 ]<br>下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ] |
| 症状 | 全身 | 易感染性：[ なし ・ あり ]　貧血：[ なし ・ あり ] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[ なし ・ あり ]　紫斑：[ なし ・ あり ]　白皮症：[ 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 ]<br>下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 11**　**血液疾患**　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | FCM（GPIb／IX／V複合体）：［　未実施　・　実施　］<br>所見：（　　） |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 病理検査 | 骨髄生検：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | FCM（GPIb／IX／V複合体）：［　未実施　・　実施　］<br>所見：（　　） |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 病理検査 | 骨髄生検：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　］<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：［　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：（　　）<br>再発予防法：［　なし　・　あり　］　詳細：（　　）<br>ステロイド薬：［　なし　・　あり　］　抗線溶療法：［　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　］<br>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）：（　　） |
| 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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 11**　**血液疾患**　（　　）**年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　　月　　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [　認定　・　不認定　] |
| 研究同意の有無 | [　有　・　無　] |
| 受給者番号 | 受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日 |
| 階層区分 | [　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　] |
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）<br>被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |

# 告示番号 14　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 35　32から34までに掲げるもののほか、血小板機能異常症 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 具体的な疾病名 | （　　） | 最終受診日 | （　　年　　月　　日） |

| | | |
|---|---|---|
| 症状 | 全身 | 易感染性：[ なし ・ あり ]<br>貧血：[ なし ・ あり ] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 筋・骨格 | 四肢・骨格奇形：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 小奇形：[ なし ・ あり ]<br>歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 症状 | 全身 | 易感染性：[ なし ・ あり ]<br>貧血：[ なし ・ あり ] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 筋・骨格 | 四肢・骨格奇形：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 小奇形：[ なし ・ あり ]<br>歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 14**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　］<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：［　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：（　　）<br>再発予防法：［　なし　・　あり　］　詳細：（　　）<br>ステロイド薬：［　なし　・　あり　］　抗線溶療法：［　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　］<br>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）：（　　） |
| 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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |
| **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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 14　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 31　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 36 先天性フィブリノーゲン欠乏症 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ] |
| 症状 | 全身 | 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 ]　頭血腫：[ なし ・ あり ] |
| | 消化器 | 下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 臍出血：[ なし ・ あり ]　歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ] |
| 症状 | 全身 | 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 ]　頭血腫：[ なし ・ あり ] |
| | 消化器 | 下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 臍出血：[ なし ・ あり ]　歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 31**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　］<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：［　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：（　　）<br>再発予防法：［　なし　・　あり　］　詳細：（　　） |
| 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　］<br>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）：（　　） |
| 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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |
| **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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 31　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 32　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 37　先天性プロトロンビン欠乏症 | 受付種別 | □　新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県　（　　）　市区町村　（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日　） |
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] |
| 症状 | 全身 | 貧血：[　なし　・　あり　] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[　なし　・　あり　]　　紫斑：[　なし　・　あり　] |
| | 消化器 | 下血：[　なし　・　あり　]　　消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[　なし　・　あり　] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] |
| 症状 | 全身 | 貧血：[　なし　・　あり　] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[　なし　・　あり　]　　紫斑：[　なし　・　あり　] |
| | 消化器 | 下血：[　なし　・　あり　]　　消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[　なし　・　あり　] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 32**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　］<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：［　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：（　　）<br>再発予防法：［　なし　・　あり　］　詳細：（　　） |
| 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　］<br>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）：（　　） |
| 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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |
| **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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 32　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 33　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 38　第Ⅴ因子欠乏症 | 受付種別 | □　新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県　（　　）　市区町村　（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 最終受診日 | （　　年　　月　　日　） | | |
| 現在の生活状態 | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] | | |
| 症状 | 全身 | 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 | 下血：[　なし　・　あり　] | 消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[　なし　・　あり　] | |
| | 精神・神経 | 脳出血：[　なし　・　あり　] | |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] | |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] | |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） | |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | | |
|---|---|---|---|
| 現在の生活状態 | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] | | |
| 症状 | 全身 | 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 | 下血：[　なし　・　あり　] | 消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[　なし　・　あり　] | |
| | 精神・神経 | 脳出血：[　なし　・　あり　] | |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] | |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] | |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） | |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 33**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　］<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：［　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：（　　）<br>再発予防法：［　なし　・　あり　］　詳細：（　　） |
| 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　］<br>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）：（　　） |
| 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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

**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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 33　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 34　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 39 第Ⅶ因子欠乏症 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ] |
| 症状 | 全身 | 貧血：[ なし ・ あり ] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[ なし ・ あり ]　紫斑：[ なし ・ あり ] |
| | 消化器 | 下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ] |
| 症状 | 全身 | 貧血：[ なし ・ あり ] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[ なし ・ あり ]　紫斑：[ なし ・ あり ] |
| | 消化器 | 下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 34**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　］<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：［　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：（　　）<br>再発予防法：［　なし　・　あり　］　詳細：（　　） |
| 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　］<br>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）：（　　） |
| 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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

**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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 34　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 29　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 40　血友病A | 受付種別 | □　新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県　（　　）　市区町村　（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | |
|---|---|
| 最終受診日 | （　　年　　月　　日　） |
| 現在の生活状態 | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] |

| 症状 | | |
|---|---|---|
| | 全身 | 貧血：[　なし　・　あり　] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[　なし　・　あり　]　紫斑：[　なし　・　あり　] |
| | 消化器 | 下血：[　なし　・　あり　]　消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 関節内出血：[　なし　・　あり　]　筋肉内出血：[　なし　・　あり　]　関節痛：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[　なし　・　あり　] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | |
|---|---|
| 現在の生活状態 | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] |

| 症状 | | |
|---|---|---|
| | 全身 | 貧血：[　なし　・　あり　] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[　なし　・　あり　]　紫斑：[　なし　・　あり　] |
| | 消化器 | 下血：[　なし　・　あり　]　消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 関節内出血：[　なし　・　あり　]　筋肉内出血：[　なし　・　あり　]　関節痛：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[　なし　・　あり　] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 29**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　］<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：［　なし　・　あり　］ |
| 家族歴 | 本疾患の家族歴：［　なし　・　あり　・　不明　］ |
| 重症度分類 | 重症度（血友病）：［　軽症（凝固因子活性5%以上40%未満）　・　中等症（凝固因子活性1%以上5%未満）　・　重症（凝固因子活性1%未満）　］ |

| 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：（　　）<br>再発予防法：［　なし　・　あり　］　詳細：（　　） |
| 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　］<br>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　］ |
| 手術 | 手術：［　未実施　・　実施予定　・　実施済　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 治療 | 治療（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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

| 医療機関・医師署名 |
|---|
| 上記の通り診断します。<br><br>医療機関名　　記載年月日　　年　　月　　日<br>医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日<br>電話番号<br><br>診療科<br>医師名<br>小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　） |

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 29　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 30　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 41　血友病 B | 受付種別 | □　新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] |
| 症状 | 全身 | 貧血：[　なし　・　あり　] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[　なし　・　あり　]　紫斑：[　なし　・　あり　] |
| | 消化器 | 下血：[　なし　・　あり　]　消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 四肢・骨格奇形：[　なし　・　あり　]　関節内出血：[　なし　・　あり　]　筋肉内出血：[　なし　・　あり　]<br>関節痛：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[　なし　・　あり　] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] |
| 症状 | 全身 | 貧血：[　なし　・　あり　] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[　なし　・　あり　]　紫斑：[　なし　・　あり　] |
| | 消化器 | 下血：[　なし　・　あり　]　消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 四肢・骨格奇形：[　なし　・　あり　]　関節内出血：[　なし　・　あり　]　筋肉内出血：[　なし　・　あり　]<br>関節痛：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[　なし　・　あり　] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 30**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　］<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：［　なし　・　あり　］ |
| 家族歴 | 本疾患の家族歴：［　なし　・　あり　・　不明　］ |
| 重症度分類 | 重症度（血友病）：［　軽症（凝固因子活性5%以上40%未満）　・　中等症（凝固因子活性1%以上5%未満）　・　重症（凝固因子活性1%未満）　］ |

| 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：（　　）<br>再発予防法：［　なし　・　あり　］　詳細：（　　） |
| 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　］<br>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　］ |
| 手術 | 手術：［　未実施　・　実施予定　・　実施済　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 治療 | 治療（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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

| 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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 30　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 35　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 42　第Ⅹ因子欠乏症 | 受付種別 | □　新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県　（　　）　市区町村　（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日　） |
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] |
| 症状 | 全身 | 貧血：[　なし　・　あり　] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[　なし　・　あり　]　紫斑：[　なし　・　あり　] |
| | 消化器 | 下血：[　なし　・　あり　]　消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 関節内出血：[　なし　・　あり　]　筋肉内出血：[　なし　・　あり　]　関節痛：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[　なし　・　あり　] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] |
| 症状 | 全身 | 貧血：[　なし　・　あり　] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[　なし　・　あり　]　紫斑：[　なし　・　あり　] |
| | 消化器 | 下血：[　なし　・　あり　]　消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 関節内出血：[　なし　・　あり　]　筋肉内出血：[　なし　・　あり　]　関節痛：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[　なし　・　あり　] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 35**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　］<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：［　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：（　　）<br>再発予防法：［　なし　・　あり　］　詳細：（　　） |
| 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　］<br>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）：（　　） |
| 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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |
| **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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 35　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 36　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 43　第XI因子欠乏症 | 受付種別 | □　新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] |
| 症状 | 全身 | 貧血：[　なし　・　あり　] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[　なし　・　あり　]　　紫斑：[　なし　・　あり　] |
| | 消化器 | 下血：[　なし　・　あり　]　　消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[　なし　・　あり　] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] |
| 症状 | 全身 | 貧血：[　なし　・　あり　] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[　なし　・　あり　]　　紫斑：[　なし　・　あり　] |
| | 消化器 | 下血：[　なし　・　あり　]　　消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[　なし　・　あり　] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 36**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　］<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：［　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：（　　）<br>再発予防法：［　なし　・　あり　］　詳細：（　　） |
| 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　］<br>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）：（　　） |
| 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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |
| **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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 36　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 37　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 44　第Ⅻ因子欠乏症 | 受付種別 | □　新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県　（　　）　市区町村　（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 最終受診日 | （　　年　　月　　日　） | | |
| 現在の生活状態 | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] | | |
| 症状 | 全身 | 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 | 下血：[　なし　・　あり　] | 消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[　なし　・　あり　] | |
| | 精神・神経 | 脳出血：[　なし　・　あり　] | |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] | |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] | |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） | |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | | |
|---|---|---|---|
| 現在の生活状態 | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] | | |
| 症状 | 全身 | 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 | 下血：[　なし　・　あり　] | 消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[　なし　・　あり　] | |
| | 精神・神経 | 脳出血：[　なし　・　あり　] | |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] | |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] | |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） | |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 37**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　］<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：［　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：（　　）<br>再発予防法：［　なし　・　あり　］　詳細：（　　） |
| 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　］<br>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）：（　　） |
| 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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

**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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 37　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 38　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 45　第XIII因子欠乏症 | 受付種別 | □　新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県　（　　）　市区町村　（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日　） |
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] |
| 症状 | 全身 | 貧血：[　なし　・　あり　] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[　なし　・　あり　]　　紫斑：[　なし　・　あり　] |
| | 消化器 | 下血：[　なし　・　あり　]　　消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[　なし　・　あり　] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] |
| 症状 | 全身 | 貧血：[　なし　・　あり　] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[　なし　・　あり　]　　紫斑：[　なし　・　あり　] |
| | 消化器 | 下血：[　なし　・　あり　]　　消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[　なし　・　あり　] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 38**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　］<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：［　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：（　　）<br>再発予防法：［　なし　・　あり　］　詳細：（　　） |
| 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　］<br>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）：（　　） |
| 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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

**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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 38　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 39　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 46 フォンウィルブランド（von Willebrand）病 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ] |
| 症状 | 全身 | 貧血：[ なし ・ あり ] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[ なし ・ あり ]　紫斑：[ なし ・ あり ] |
| | 消化器 | 下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ] |
| 症状 | 全身 | 貧血：[ なし ・ あり ] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[ なし ・ あり ]　紫斑：[ なし ・ あり ] |
| | 消化器 | 下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 39**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　］<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：［　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：（　　）<br>再発予防法：［　なし　・　あり　］　詳細：（　　） |
| 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　］<br>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）：（　　） |
| 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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

**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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 39　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 40　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 47　36から46までに掲げるもののほか、先天性血液凝固因子異常 | 受付種別 | □　新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県　（　　）　市区町村　（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 具体的な疾病名 | （　　） | 最終受診日 | （　　年　　月　　日　） |

| | | |
|---|---|---|
| 現在の生活状態 | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] | |
| 症状 | 全身 | 貧血：[　なし　・　あり　] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[　なし　・　あり　]　紫斑：[　なし　・　あり　] |
| | 消化器 | 下血：[　なし　・　あり　]　消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[　なし　・　あり　] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 現在の生活状態 | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] | |
| 症状 | 全身 | 貧血：[　なし　・　あり　] |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[　なし　・　あり　]　紫斑：[　なし　・　あり　] |
| | 消化器 | 下血：[　なし　・　あり　]　消化管出血：[　なし　・　あり　] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[　なし　・　あり　] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[　なし　・　あり　] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 40**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：［　未実施　・　実施　］<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　］<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：［　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：（　　）<br>再発予防法：［　なし　・　あり　］　詳細：（　　）<br>抗線溶療法：［　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　］<br>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）：（　　） |
| 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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |
| **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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 40　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 44　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 48 先天性プロテインC欠乏症 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI | |
| | | | | | 肥満度 | % |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ] |
| 症状 | 全身 | 易感染性：[ なし ・ あり ]　貧血：[ なし ・ あり ]　DIC：[ なし ・ あり ]<br>血栓症：[ なし ・ あり ] |
| | 皮膚・粘膜 | 発疹：[ なし ・ あり ]　出血斑：[ なし ・ あり ]　紫斑：[ なし ・ あり ] |
| | 消化器 | 下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 神経症状：[ なし ・ あり ]　脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ]　腎機能低下：[ なし ・ あり ] |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ] |
| 症状 | 全身 | 易感染性：[ なし ・ あり ]　貧血：[ なし ・ あり ]　DIC：[ なし ・ あり ]<br>血栓症：[ なし ・ あり ] |
| | 皮膚・粘膜 | 発疹：[ なし ・ あり ]　出血斑：[ なし ・ あり ]　紫斑：[ なし ・ あり ] |
| | 消化器 | 下血：[ なし ・ あり ]　消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 神経症状：[ なし ・ あり ]　脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ]　腎機能低下：[ なし ・ あり ] |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 44**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>プロテインC活性：（　　）%・未実施　プロテインS活性：（　　）%・未実施<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：[　未実施　・　実施　]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>プロテインC活性：（　　）%・未実施　プロテインS活性：（　　）%・未実施<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：[　未実施　・　実施　]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　]<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：[　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：（　　）<br>抗凝固療法：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　）<br>再発予防法：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　） |
| 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　]<br>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）：（　　） |
| 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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |
| **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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 44　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 45　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 49 先天性プロテインＳ欠乏症 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 | | |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>肥満度 % |
| 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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） | | |
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ] | | |
| 症状 | 全身 | 易感染性：[ なし ・ あり ]<br>血栓症：[ なし ・ あり ] | 貧血：[ なし ・ あり ] | DIC：[ なし ・ あり ] |
| | 皮膚・粘膜 | 発疹：[ なし ・ あり ] | 出血斑：[ なし ・ あり ] | 紫斑：[ なし ・ あり ] |
| | 消化器 | 下血：[ なし ・ あり ] | 消化管出血：[ なし ・ あり ] | |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[ なし ・ あり ] | | |
| | 精神・神経 | 神経症状：[ なし ・ あり ] | 脳出血：[ なし ・ あり ] | |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] | 腎機能低下：[ なし ・ あり ] | |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] | | |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] | | |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：（　　） | | |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ] | | |
| 症状 | 全身 | 易感染性：[ なし ・ あり ]<br>血栓症：[ なし ・ あり ] | 貧血：[ なし ・ あり ] | DIC：[ なし ・ あり ] |
| | 皮膚・粘膜 | 発疹：[ なし ・ あり ] | 出血斑：[ なし ・ あり ] | 紫斑：[ なし ・ あり ] |
| | 消化器 | 下血：[ なし ・ あり ] | 消化管出血：[ なし ・ あり ] | |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[ なし ・ あり ] | | |
| | 精神・神経 | 神経症状：[ なし ・ あり ] | 脳出血：[ なし ・ あり ] | |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] | 腎機能低下：[ なし ・ あり ] | |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] | | |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] | | |
| | その他 | 歯肉出血：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：（　　） | | |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 45**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>プロテインC活性：（　　）%・未実施　プロテインS活性：（　　）%・未実施<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：[　未実施　・　実施　]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>プロテインC活性：（　　）%・未実施　プロテインS活性：（　　）%・未実施<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：[　未実施　・　実施　]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　]<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：[　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：（　　）<br>抗凝固療法：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　）<br>再発予防法：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　） |
| 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　]<br>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）：（　　） |
| 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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |

**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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 45　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 28　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 50　先天性アンチトロンビン欠乏症 | 受付種別 | □　新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 | | |
| 出生地 | 都道府県　（　　）　市区町村　（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>肥満度　　% |
| 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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日　） | | |
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] | | |
| 症状 | 全身 | 易感染性：[　なし　・　あり　]<br>血栓症：[　なし　・　あり　] | 貧血：[　なし　・　あり　] | DIC：[　なし　・　あり　] |
| | 皮膚・粘膜 | 発疹：[　なし　・　あり　] | 出血斑：[　なし　・　あり　] | 紫斑：[　なし　・　あり　] |
| | 消化器 | 下血：[　なし　・　あり　] | 消化管出血：[　なし　・　あり　] | |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[　なし　・　あり　] | | |
| | 精神・神経 | 神経症状：[　なし　・　あり　] | 脳出血：[　なし　・　あり　] | |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] | 腎機能低下：[　なし　・　あり　] | |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[　なし　・　あり　] | | |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] | | |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） | | |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[　制限なし　・　制限あり　]<br>社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[　制限なし　・　制限あり　] | | |
| 症状 | 全身 | 易感染性：[　なし　・　あり　]<br>血栓症：[　なし　・　あり　] | 貧血：[　なし　・　あり　] | DIC：[　なし　・　あり　] |
| | 皮膚・粘膜 | 発疹：[　なし　・　あり　] | 出血斑：[　なし　・　あり　] | 紫斑：[　なし　・　あり　] |
| | 消化器 | 下血：[　なし　・　あり　] | 消化管出血：[　なし　・　あり　] | |
| | 筋・骨格 | 関節痛：[　なし　・　あり　] | | |
| | 精神・神経 | 神経症状：[　なし　・　あり　] | 脳出血：[　なし　・　あり　] | |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[　なし　・　あり　] | 腎機能低下：[　なし　・　あり　] | |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[　なし　・　あり　] | | |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　なし　・　あり　] | | |
| | その他 | 歯肉出血：[　なし　・　あり　]<br>症状（その他）：（　　） | | |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 28**　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/3**

| 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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>プロテインC活性：（　　）%・未実施　プロテインS活性：（　　）%・未実施<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：[　未実施　・　実施　]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>PT：（　　）秒　・　%　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　出血時間：（　　）分　第Ⅷ因子活性：（　　）%　第Ⅸ因子活性：（　　）%<br>凝固因子活性（その他）：（　　）<br>プロテインC活性：（　　）%・未実施　プロテインS活性：（　　）%・未実施<br>インヒビター：（　　）BU　VWF抗原量（VWF:Ag）：（　　）%　リストセチン・コファクター活性（VWF:RCo）：（　　）% |
| | 血小板機能検査：[　未実施　・　実施　]<br>検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　]<br>詳細：（　　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：[　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：（　　）<br>抗凝固療法：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　）<br>再発予防法：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　） |
| 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　]<br>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）：（　　） |
| 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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　　） |
| **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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



告示番号 28　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　月　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [ 認定 ・ 不認定 ] |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ] |
| 受給者番号 | 受給者番号（　　）有効期限　年　月　日 |
| 階層区分 | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ] |
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）<br>被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |

# 告示番号 19　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 51　骨髄線維症 | 受付種別 | □　新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 性別 | 男性　・　女性　・　性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県　（　　）　市区町村　（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月　頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>肥満度　　% |
| 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**

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日　） |
| 症状 | 全身 | 易感染性：[　なし　・　あり　]　　貧血：[　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　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　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 | 易感染性：[　なし　・　あり　]　　貧血：[　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　] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[　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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL<br>フィブリノゲン：（　　）mg/dL　LDH：（　　）U/L |
| | 末梢血白血球形態異常：[　なし　・　あり　]<br>所見：（　　） |
| | 末梢血赤血球形態異常：[　なし　・　あり　]<br>所見：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>赤芽球系：（　　）%　顆粒球系：（　　）%　単球系：（　　）%　リンパ球系：（　　）%<br>芽球系：（　　）%　有核細胞数：（　　）×10⁴/μL |
| 病理検査 | 骨髄生検：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |
| | CT検査（肝）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>所見：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001



| | |
|---|---|
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| | 染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　）%<br>好酸球：（　）%　網赤血球：（　）‰　赤血球数：（　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　）g/dL<br>平均赤血球容積（MCV）：（　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　）fL　血小板数：（　）×10⁴/μL<br>フィブリノゲン：（　）mg/dL　LDH：（　）U/L |
| | 末梢血白血球形態異常：[　なし　・　あり　]<br>所見：（　） |
| | 末梢血赤血球形態異常：[　なし　・　あり　]<br>所見：（　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>赤芽球系：（　）%　顆粒球系：（　）%　単球系：（　）%　リンパ球系：（　）%<br>芽球系：（　）%　有核細胞数：（　）×10⁴/μL |
| 病理検査 | 骨髄生検：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| 画像検査 | 超音波検査（肝・脾）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| | CT検査（肝）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| | 染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>所見：（　） |
| | 遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）<br>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　]<br>詳細：（　） |
| 既往歴 | 血栓または出血の既往：[　なし　・　あり　] |
| 経過（申請時）　※直近の状況を記載 | |
| 薬物療法 | 免疫抑制薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　）<br>抗腫瘍薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　）<br>ステロイド薬：[　なし　・　あり　] |
| 手術 | 脾摘出術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　年　月　日　）<br>治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　]<br>手術（その他）：（　） |
| 移植 | 造血幹細胞移植：[　未実施　・　実施　・　実施予定　]　実施日：（　年　月　日　）<br>ドナー：[　血縁　・　非血縁　・　自家　・　不明　]　移植細胞：[　骨髄　・　末梢血　・　臍帯血　・　不明　]<br>HLAアリル一致度：[　8/8　・　7/8　・　6/8　・　5/8以下　・　不明　]<br>HLA抗原一致度：[　完全一致　・　1座不一致　・　2座不一致　・　3座以上不一致　・　不明　]　ex vivo細胞除去：[　未実施　・　実施　・　不明　]<br>前処置：（　） |
| 治療 | 治療（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　）<br>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 |
| 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）　・<br>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　・<br>その他（　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 19**　**血液疾患**　（　　）**年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　　月　　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [　認定　・　不認定　] |
| 研究同意の有無 | [　有　・　無　] |
| 受給者番号 | 受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日 |
| 階層区分 | [　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　] |
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）<br>被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |

# 告示番号 20　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 52 再生不良性貧血 | 受付種別 | □ 新規 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険情報 | 保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　） | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 | | |
| 出生地 | 都道府県（　　）市区町村（　　） | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎　　週　　日 | | |
| 発症時期 | 年　　月 頃 | 記載時の年齢 | 満　　歳　　か月　　日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長（測定日） | cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>肥満度　　% |
| 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

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 病型 | | 病型（再生不良性貧血）：[ 先天性 ・ 特発性 ・ 二次性 ・ 肝炎後再生不良性貧血 ] |
| 診断 | | 二次性の原因：（　　） |
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ] |
| 症状 | 全身 | 発熱：[ なし ・ あり ]　易感染性：[ なし ・ あり ]　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 ]　下血：[ なし ・ あり ]<br>消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 筋・骨格 | 四肢・骨格奇形：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 小奇形：[ なし ・ あり ]　歯肉出血：[ なし ・ あり ]　症状（その他）：（　　） |

## 臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

| | | |
|---|---|---|
| 病型 | | 病型（再生不良性貧血）：[ 先天性 ・ 特発性 ・ 二次性 ・ 肝炎後再生不良性貧血 ] |
| 診断 | | 二次性の原因：（　　） |
| 現在の生活状態 | | 社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動（その他）：（　　）<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ] |
| 症状 | 全身 | 発熱：[ なし ・ あり ]　易感染性：[ なし ・ あり ]　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 ]　下血：[ なし ・ あり ]<br>消化管出血：[ なし ・ あり ] |
| | 筋・骨格 | 四肢・骨格奇形：[ なし ・ あり ] |
| | 精神・神経 | 脳出血：[ なし ・ あり ] |
| | 腎・泌尿器 | 血尿：[ なし ・ あり ] |
| | 内分泌・代謝 | 過多月経：[ なし ・ あり ] |
| | 耳鼻咽喉 | 鼻出血：[ なし ・ あり ] |
| | その他 | 小奇形：[ なし ・ あり ]　歯肉出血：[ なし ・ あり ]　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：（　　）%<br>好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　好中球数：（　　）/μL　赤血球数：（　　）×10⁴/μL<br>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<br>血小板数：（　　）×10⁴/μL　血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL<br>UIBC：（　　）μg/dL　直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]　血小板表面結合IgG（PA IgG）：（　　）ng/$10^7$cells |
| | 抗血小板自己抗体：[ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（GPⅠb）：[ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法：（　　）<br>所見：（　　） |
| | 末梢血白血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>所見：（　　） |
| | 末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>所見：（　　） |
| | 自己抗体（その他）：（　　） |
| 細胞表面抗原検査 | CD59陰性細胞比率（フローサイトメトリー法）：[ 未実施 ・ 実施 ]　比率所見：（　　）% |
| 赤血球特殊検査 | HAMテスト：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] |
| | 赤血球特殊検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（　　年　　月　　日） 検査法：（　　）<br>所見：（　　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>赤芽球系：（　　）%　顆粒球系：（　　）%　単球系：（　　）%　リンパ球系：（　　）%<br>芽球系：（　　）%　有核細胞数：（　　）×10⁴/μL　巨核球数：（　　）/mL<br>造血細胞の形態異常：赤芽球系：[ なし ・ あり ]　骨髄球系：[ なし ・ あり ]　巨核球：[ なし ・ あり ] |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001



| | |
|---|---|
| 病理検査 | 骨髄生検：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 感染症免疫学的検査 | ウイルス検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：（　） |
| 画像検査 | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>部位：（　）<br>所見：（　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 染色体脆弱性試験：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 検査所見（その他） | 検査所見（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：（　）%<br>好酸球：（　）%　網赤血球：（　）‰　好中球数：（　）/μL　赤血球数：（　）×10⁴/μL<br>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<br>血小板数：（　）×10⁴/μL　血清鉄（Fe）：（　）mg/dL　フェリチン：（　）ng/mL・未実施　TIBC：（　）mg/dL<br>UIBC：（　）μg/dL　直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]　血小板表面結合IgG（PA IgG）：（　）ng/10⁷cells |
| | 抗血小板自己抗体：[ 未実施 ・ 実施 ]　検査方法：（　）<br>所見：（　） |
| | 自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[ 未実施 ・ 実施 ]　検査方法：（　）<br>所見：（　） |
| | 血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　検査方法：（　）<br>所見：（　） |
| | 自己抗体（GPⅠb）：[ 未実施 ・ 実施 ]　検査方法：（　）<br>所見：（　） |
| | 末梢血白血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>所見：（　） |
| | 末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ]<br>所見：（　） |
| | 自己抗体（その他）：（　） |
| 細胞表面抗原検査 | CD59陰性細胞比率（フローサイトメトリー法）：[ 未実施 ・ 実施 ]　比率所見：（　）% |
| 赤血球特殊検査 | HAMテスト：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]<br>赤血球特殊検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）　検査法：（　）<br>所見：（　） |
| 骨髄検査 | 骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>赤芽球系：（　）%　顆粒球系：（　）%　単球系：（　）%　リンパ球系：（　）%<br>芽球系：（　）%　有核細胞数：（　）×10⁴/μL　巨核球数：（　）/mL<br>造血細胞の形態異常：赤芽球系：[ なし ・ あり ]　骨髄球系：[ なし ・ あり ]　巨核球：[ なし ・ あり ] |
| 病理検査 | 骨髄生検：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| 感染症免疫学的検査 | ウイルス検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：（　） |
| 画像検査 | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>部位：（　）<br>所見：（　） |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査（骨髄）：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>所見：（　） |
| | 染色体脆弱性試験：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>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 ]　血栓または出血の既往：[ なし ・ あり ] |
| 重症度分類 | 重症度（再生不良性貧血）：[ 軽症（Stage1） ・ 中等症（Stage 2） ・ やや重症（Stage3） ・ 重症（Stage4） ・ 最重症（Stage5） ] |
| 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：（　）<br>免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>ステロイド薬：[ なし ・ あり ]　G-CSF療法：[ なし ・ あり ]　除鉄剤：[ なし ・ あり ] |
| | アンドロゲン療法：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] |
| | サイトカイン類：[ なし ・ あり ]　薬剤名：（　）<br>治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] |
| 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 ]<br>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 ] |
| 移植 | 造血幹細胞移植：[ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ]　実施日：（　年　月　日 ）<br>ドナー：[ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ]　移植細胞：[ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ]<br>HLAアリル一致度：[ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ]<br>HLA抗原一致度：[ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ]　ex vivo細胞除去：[ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]<br>前処置：（　） |
| 治療 | 治療（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 ）<br>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 |
| 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） ・<br>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 ・<br>その他（　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

**告示番号 20**　**血液疾患**　（　　）**年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**3/3**

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

医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄 | |
|---|---|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年　　月　　日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [　認定　・　不認定　] |
| 研究同意の有無 | [　有　・　無　] |
| 受給者番号 | 受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日 |
| 階層区分 | [　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　] |
| 保険情報 | 保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）<br>被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |