告示番号 10　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	1　巨赤芽球性貧血	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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] 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（申請時）　※直近の状況を記載

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

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
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]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 10　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉　2/2

治療	治療（その他）：（　　）
治療状況	現在の治療状況：[　治療開始予定　・　治療中　・　その他　] 現在の治療状況（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日）　終了日：（　　年　　月　　日） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　　年　　月　　日）　終了日：（　　年　　月　　日）　通院頻度：（　　）回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校（　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　）　・　特別支援学校（　小中学部　・　専攻科を含む高等部　）　・　高等学校（専攻科を含む）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	2　後天性赤芽球癆	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　好中球数：（　　）/μL 赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL 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 LDH：（　　）U/L　血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施 TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
	自己抗体種別：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 検査法：（　　） 所見：（　　）
骨髄検査	骨髄検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
遺伝学的検査	染色体検査（骨髄）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　） 遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]

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〈継続申請用〉　2/2

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：(　　) 免疫抑制薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：(　　) 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：(　　) 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：(　　) 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　] 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　) 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　] HLAアリル一致度：[　8/8　・　7/8　・　6/8　・　5/8以下　・　不明　] 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　] 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　] 現在の治療状況（その他）：(　　)
今後の治療方針	今後の治療方針：(　　)
	治療見込み期間（入院）　開始日：(　　年　　月　　日　)　終了日：(　　年　　月　　日　) 治療見込み期間（外来）　開始日：(　　年　　月　　日　)　終了日：(　　年　　月　　日　)　通院頻度：(　　)回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校(　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　)　・　特別支援学校(　小中学部　・　専攻科を含む高等部　)　・　高等学校(専攻科を含む)　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学(短期大学を含む)　・　就労(就学中の就労も含む)　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

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	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　好中球数：（　　）/μL 赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL 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 LDH：（　　）U/L　血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施 TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL　直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
	自己抗体種別：[未実施 ・ 実施]　検査方法：（　　） 所見：（　　）
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 検査法：（　　） 所見：（　　）
骨髄検査	骨髄検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
病理検査	骨髄生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
遺伝学的検査	染色体検査（骨髄）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	染色体検査：[```未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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：(　　)
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：(　　) 免疫抑制薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：(　　) 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　] 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：(　　) 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：(　　) 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　] 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　) 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　] HLAアリル一致度：[　8/8　・　7/8　・　6/8　・　5/8以下　・　不明　] 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　] 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　] 現在の治療状況（その他）：(　　)
今後の治療方針	今後の治療方針：(　　)
	治療見込み期間（入院）　開始日：(　　年　　月　　日　)　終了日：(　　年　　月　　日　) 治療見込み期間（外来）　開始日：(　　年　　月　　日　)　終了日：(　　年　　月　　日　)　通院頻度：(　　)回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校(　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　)　・　特別支援学校(　小中学部　・　専攻科を含む高等部　)　・　高等学校(専攻科を含む)　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学(短期大学を含む)　・　就労(就学中の就労も含む)　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	4　先天性赤血球形成異常性貧血	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL ヘモグロビンF（HbF）：（　　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×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　LDH：（　　）U/L 血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL 血清ハプトグロビン：（　　）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：（　　） 所見：（　　）
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 検査法：（　　） 所見：（　　）
骨髄検査	骨髄検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
病理検査	骨髄生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
遺伝学的検査	染色体検査（骨髄）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	染色体検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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：（　　） 免疫抑制薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　） 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　] 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：（　　） 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：（　　） 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　] 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　） 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　] HLAアリル一致度：[　8/8　・　7/8　・　6/8　・　5/8以下　・　不明　] 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　] 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　] 現在の治療状況（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　）　通院頻度：（　　）回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校（　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　）　・　特別支援学校（　小中学部　・　専攻科を含む高等部　）　・　高等学校（専攻科を含む）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	5　鉄芽球性貧血	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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] 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（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL ヘモグロビンF（HbF）：（　　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×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　LDH：（　　）U/L 血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
	自己抗体種別：[未実施 ・ 実施]　検査方法：（　　） 所見：（　　）
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 検査法：（　　） 所見：（　　）
骨髄検査	骨髄検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
病理検査	骨髄生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
遺伝学的検査	染色体検査（骨髄）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	染色体検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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：(　　)
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：(　　) 免疫抑制薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：(　　) 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　] 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　] 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　)　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　]　HLAアリル一致度：[　8/8　・　7/8　・　6/8　・　5/8以下　・　不明　] 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　] 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　] 現在の治療状況（その他）：(　　)
今後の治療方針	今後の治療方針：(　　) 治療見込み期間（入院）　開始日：(　　年　　月　　日　)　終了日：(　　年　　月　　日　) 治療見込み期間（外来）　開始日：(　　年　　月　　日　)　終了日：(　　年　　月　　日　)　通院頻度：(　　)回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校(　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　)　・　特別支援学校(　小中学部　・　専攻科を含む高等部　)　・　高等学校(専攻科を含む)　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学(短期大学を含む)　・　就労(就学中の就労も含む)　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　(　　) 被保険者番号　(　　)　被保険者個人単位枝番　(　　) 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〈継続申請用〉

病名	6　無トランスフェリン血症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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] 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（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　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　LDH：（　　）U/L 血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
	自己抗体種別：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 検査法：（　　） 所見：（　　）
骨髄検査	骨髄検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
病理検査	骨髄生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
遺伝学的検査	染色体検査（骨髄）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	染色体検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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：(　　) 免疫抑制薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：(　　) 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　] 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　] 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　)　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　]　HLAアリル一致度：[　8/8　・　7/8　・　6/8　・　5/8以下　・　不明　] 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　] 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　] 現在の治療状況（その他）：(　　)
今後の治療方針	今後の治療方針：(　　) 治療見込み期間（入院）　開始日：(　　年　　月　　日　)　終了日：(　　年　　月　　日　) 治療見込み期間（外来）　開始日：(　　年　　月　　日　)　終了日：(　　年　　月　　日　)　通院頻度：(　　)回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校(　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　)　・　特別支援学校(　小中学部　・　専攻科を含む高等部　)　・　高等学校(専攻科を含む)　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学(短期大学を含む)　・　就労(就学中の就労も含む)　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　(　　) 被保険者番号　(　　)　被保険者個人単位枝番　(　　) 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〈継続申請用〉

病名	7　寒冷凝集素症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）
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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日		
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）：kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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] 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（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　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　LDH：（　　）U/L 血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL 血清ハプトグロビン：（　　）mg/dL・未実施　血小板表面結合IgG（PA IgG）：（　　）ng/10⁷cells 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
	自己抗体種別：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 検査法：（　　） 所見：（　　）
尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]　尿中ウロビリン：[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） 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]

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：（　　） 免疫抑制薬：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 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] 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]

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〈継続申請用〉　2/2

輸血療法	赤血球輸血：[　なし　・　あり　]　頻度：[　1か月1回未満　・　1か月1回以上　] 血小板輸血：[　なし　・　あり　]　頻度：[　1か月1回未満　・　1か月1回以上　]
治療	治療（その他）：（　　）
治療状況	現在の治療状況：[　治療開始予定　・　治療中　・　その他　] 現在の治療状況（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　） 治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日）　終了日：（　　年　　月　　日） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　　年　　月　　日）　終了日：（　　年　　月　　日）　通院頻度：（　　）回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校（　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　）　・　特別支援学校（　小中学部　・　専攻科を含む高等部　）　・　高等学校（専攻科を含む）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	8　発作性寒冷ヘモグロビン尿症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日		
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　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　LDH：（　　）U/L 血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL 血清ハプトグロビン：（　　）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：（　　） 所見：（　　）
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 検査法：（　　） 所見：（　　）
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） 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]

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：（　　） 免疫抑制薬：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 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] 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] 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）：（　　）

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〈継続申請用〉	2/2

治療状況	現在の治療状況：[　治療開始予定　・　治療中　・　その他　] 現在の治療状況（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　） 治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日）　終了日：（　　年　　月　　日） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　　年　　月　　日）　終了日：（　　年　　月　　日）　通院頻度：（　　）回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校（　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　）　・　特別支援学校（　小中学部　・　専攻科を含む高等部　）　・　高等学校（専攻科を含む）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

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	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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] 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] 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] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　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　LDH：（　　）U/L 血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL 血清ハプトグロビン：（　　）mg/dL・未実施　直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 検査法：（　　） 所見：（　　）
骨髄検査	骨髄検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 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） 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 23　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉**　**2/2**

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　]

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：(　　) 免疫抑制薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：(　　) 抗凝固療法：[　なし　・　あり　]　薬剤名：(　　) 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　] 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：(　　) 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：(　　) 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　] 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　) 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　） 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　) 治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] 手術（その他）：(　　)
治療	治療（その他）：(　　)
治療状況	現在の治療状況：[　治療開始予定　・　治療中　・　その他　] 現在の治療状況（その他）：(　　)
今後の治療方針	今後の治療方針：(　　)
	治療見込み期間（入院）　開始日：(　　年　　月　　日　)　終了日：(　　年　　月　　日　) 治療見込み期間（外来）　開始日：(　　年　　月　　日　)　終了日：(　　年　　月　　日　)　通院頻度：(　　)回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校(　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　)　・　特別支援学校(　小中学部　・　専攻科を含む高等部　)　・　高等学校(専攻科を含む)　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学(短期大学を含む)　・　就労(就学中の就労も含む)　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	10　発作性夜間ヘモグロビン尿症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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] 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] 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（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL ヘモグロビンF（HbF）：（　　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×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　LDH：（　　）U/L 血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL 血清ハプトグロビン：（　　）mg/dL・未実施　直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 検査法：（　　）　所見：（　　）
骨髄検査	骨髄検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
病理検査	骨髄生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 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） 所見：（　　）
	染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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　] 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：(　　) 免疫抑制薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：(　　) 抗凝固療法：[　なし　・　あり　]　薬剤名：(　　) 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　] 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：(　　) 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：(　　) 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　] 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　) 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　] HLAアリル一致度：[　8/8　・　7/8　・　6/8　・　5/8以下　・　不明　] 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　] 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　] 現在の治療状況（その他）：(　　)
今後の治療方針	今後の治療方針：(　　)
	治療見込み期間（入院）　開始日：(　　年　　月　　日　)　終了日：(　　年　　月　　日　) 治療見込み期間（外来）　開始日：(　　年　　月　　日　)　終了日：(　　年　　月　　日　)　通院頻度：(　　)回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校(　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　)　・　特別支援学校(　小中学部　・　専攻科を含む高等部　)　・　高等学校(専攻科を含む)　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学(短期大学を含む)　・　就労(就学中の就労も含む)　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	11　遺伝性球状赤血球症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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] 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（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL ヘモグロビンF（HbF）：（　　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×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　LDH：（　　）U/L 血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL 血清ハプトグロビン：（　　）mg/dL・未実施　直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 検査法：（　　） 所見：（　　）
尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]　尿中ウロビリン：[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） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]

経過（申請時）　※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 除鉄剤：[なし ・ あり]
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]

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〈継続申請用〉	2/2

手術	脾摘出術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　年　月　日　） 治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] 手術（その他）：（　）
治療	治療（その他）：（　）
治療状況	現在の治療状況：[　治療開始予定　・　治療中　・　その他　] 現在の治療状況（その他）：（　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　） 治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　）　通院頻度：（　　）回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校（　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　）　・　特別支援学校（　小中学部　・　専攻科を含む高等部　）　・　高等学校（専攻科を含む）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	12　口唇赤血球症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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] 消化器症状：[なし ・ あり]　腹部症状：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	眼	眼症状：[なし ・ あり]
	その他	症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL ヘモグロビンF（HbF）：（　　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×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　LDH：（　　）U/L 血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL 血清ハプトグロビン：（　　）mg/dL・未実施　直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 検査法：（　　） 所見：（　　）
尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]　尿中ウロビリン：[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） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]

経過（申請時）　※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 除鉄剤：[なし ・ あり]

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〈継続申請用〉	2/2

輸血療法	赤血球輸血：[　なし　・　あり　]　頻度：[　1か月1回未満　・　1か月1回以上　] 血小板輸血：[　なし　・　あり　]　頻度：[　1か月1回未満　・　1か月1回以上　]
手術	脾摘出術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　年　月　日　） 治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] 手術（その他）：（　）
治療	治療（その他）：（　）
治療状況	現在の治療状況：[　治療開始予定　・　治療中　・　その他　] 現在の治療状況（その他）：（　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　）　通院頻度：（　）回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校（　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　）　・　特別支援学校（　小中学部　・　専攻科を含む高等部　）　・　高等学校（専攻科を含む）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　）

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　（　） 被保険者番号　（　）　被保険者個人単位枝番　（　） 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〈継続申請用〉

病名	13　鎌状赤血球症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL ヘモグロビンF（HbF）：（　　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×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　LDH：（　　）U/L 血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL 血清ハプトグロビン：（　　）mg/dL・未実施　直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 検査法：（　　） 所見：（　　）
尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]　尿中ウロビリン：[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） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]

経過（申請時）　※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 除鉄剤：[なし ・ あり]
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
治療	治療（その他）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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

治療状況	現在の治療状況：[　治療開始予定　・　治療中　・　その他　] 現在の治療状況（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　） 治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日）　終了日：（　　年　　月　　日） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　　年　　月　　日）　終了日：（　　年　　月　　日）　通院頻度：（　　）回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校（　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　）　・　特別支援学校（　小中学部　・　専攻科を含む高等部　）　・　高等学校（専攻科を含む）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	14　不安定ヘモグロビン症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL ヘモグロビンF（HbF）：（　　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×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　LDH：（　　）U/L 血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL 血清ハプトグロビン：（　　）mg/dL・未実施　直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 検査法：（　　） 所見：（　　）
尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]　尿中ウロビリン：[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） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]

経過（申請時）　※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 除鉄剤：[なし ・ あり]
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
治療	治療（その他）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号	7	血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2/2

治療状況	現在の治療状況：[　治療開始予定　・　治療中　・　その他　] 現在の治療状況（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　） 治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日）　終了日：（　　年　　月　　日） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　　年　　月　　日）　終了日：（　　年　　月　　日）　通院頻度：（　　）回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校（　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　）　・　特別支援学校（　小中学部　・　専攻科を含む高等部　）　・　高等学校（専攻科を含む）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	15　サラセミア	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL ヘモグロビンF（HbF）：（　　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×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　LDH：（　　）U/L 血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL 血清ハプトグロビン：（　　）mg/dL・未実施　直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
赤血球特殊検査	末梢血赤血球形態異常：[なし ・ あり] 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） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]

経過（申請時）　※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 除鉄剤：[なし ・ あり]
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]　実施日：（　　年　　月　　日） 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〈継続申請用〉　2/2

治療	治療（その他）：（　　）
治療状況	現在の治療状況：[　治療開始予定　・　治療中　・　その他　] 現在の治療状況（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日）　終了日：（　　年　　月　　日） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　　年　　月　　日）　終了日：（　　年　　月　　日）　通院頻度：（　　）回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校（　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　）　・　特別支援学校（　小中学部　・　専攻科を含む高等部　）　・　高等学校（専攻科を含む）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日　　年　　月　　日
診断年月日　　年　　月　　日

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	16　グルコース-6-リン酸脱水素酵素欠乏症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　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　LDH：（　　）U/L 血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL 血清ハプトグロビン：（　　）mg/dL・未実施　直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 検査法：（　　） 所見：（　　）
尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]　尿中ウロビリン：[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） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]

経過（申請時）　※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 除鉄剤：[なし ・ あり]
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
手術	脾摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]　実施日：（　　年　　月　　日） 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術（その他）：（　　）

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〈継続申請用〉　2/2

治療	治療（その他）：（　　）
治療状況	現在の治療状況：[　治療開始予定　・　治療中　・　その他　] 現在の治療状況（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日）　終了日：（　　年　　月　　日） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　　年　　月　　日）　終了日：（　　年　　月　　日）　通院頻度：（　　）回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校（　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　）　・　特別支援学校（　小中学部　・　専攻科を含む高等部　）　・　高等学校（専攻科を含む）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日　　年　　月　　日
診断年月日　　年　　月　　日

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	17　ピルビン酸キナーゼ欠乏性貧血	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　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　LDH：（　　）U/L 血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL 血清ハプトグロビン：（　　）mg/dL・未実施　直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 検査法：（　　） 所見：（　　）
尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]　尿中ウロビリン：[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） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]

経過（申請時）　※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 除鉄剤：[なし ・ あり]
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
手術	脾摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]　実施日：（　　年　　月　　日） 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術（その他）：（　　）

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〈継続申請用〉　2/2

治療	治療（その他）：（　　）
治療状況	現在の治療状況：[　治療開始予定　・　治療中　・　その他　] 現在の治療状況（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日）　終了日：（　　年　　月　　日） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　　年　　月　　日）　終了日：（　　年　　月　　日）　通院頻度：（　　）回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校（　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　）　・　特別支援学校（　小中学部　・　専攻科を含む高等部　）　・　高等学校（専攻科を含む）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日　　年　　月　　日
診断年月日　　年　　月　　日

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

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	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　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　LDH：（　　）U/L 血清ハプトグロビン：（　　）mg/dL・未実施　直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 検査法：（　　） 所見：（　　）
尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]　尿中ウロビリン：[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） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]

経過（申請時）　※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 除鉄剤：[なし ・ あり]
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]

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〈継続申請用〉	2/2

手術	脾摘出術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　年　月　日　） 治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] 手術（その他）：（　）
治療	治療（その他）：（　）
治療状況	現在の治療状況：[　治療開始予定　・　治療中　・　その他　] 現在の治療状況（その他）：（　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　） 治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　）　通院頻度：（　　）回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校（　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　）　・　特別支援学校（　小中学部　・　専攻科を含む高等部　）　・　高等学校（専攻科を含む）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

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	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　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　LDH：（　　）U/L 血清ハプトグロビン：（　　）mg/dL・未実施　直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 自己抗体種別：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 検査法：（　　） 所見：（　　）
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） 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]

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：（　　） 免疫抑制薬：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 除鉄剤：[なし ・ あり]
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]

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〈継続申請用〉　2/2

手術	脾摘出術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　年　月　日　） 治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] 手術（その他）：（　）
治療	治療（その他）：（　）
治療状況	現在の治療状況：[　治療開始予定　・　治療中　・　その他　] 現在の治療状況（その他）：（　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　） 治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　）　通院頻度：（　　）回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校（　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　）　・　特別支援学校（　小中学部　・　専攻科を含む高等部　）　・　高等学校（専攻科を含む）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	20　微小血管障害性溶血性貧血	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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] 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] 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（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　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　LDH：（　　）U/L 血清ハプトグロビン：（　　）mg/dL・未実施　直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 検査法：（　　） 所見：（　　）
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]　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：（　　） 免疫抑制薬：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 抗凝固療法：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 抗けいれん薬：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 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] 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]

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〈継続申請用〉　2/2

輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施]　導入年月：（　年　月 ） 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 ） 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] 現在の治療状況（その他）：（　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日 ）　終了日：（　年　月　日 ） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日 ）　終了日：（　年　月　日 ）　通院頻度：（　）回／月
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校（ 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ） ・ 特別支援学校（ 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ） ・ 高等学校（専攻科を含む） ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学（短期大学を含む） ・ 就労（就学中の就労も含む） ・ 未就学かつ未就労 ・ その他（　）

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（　） 被保険者番号（　）被保険者個人単位枝番（　） 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〈継続申請用〉

病名	21　真性多血症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL 血清直接ビリルビン（D-Bil）：（　　）mg/dL　LDH：（　　）U/L 血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL 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） 所見：（　　）
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
遺伝学的検査	染色体検査（骨髄）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	染色体検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 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] 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] 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：（　　） 抗腫瘍薬：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 抗凝固療法：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 除鉄剤：[なし ・ あり]
	抗体薬／分子標的薬：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]

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〈継続申請用〉　2/2

手術	脾摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]　実施日：（　年　月　日 ） 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術（その他）：（　）
移植	造血幹細胞移植：[未実施 ・ 実施 ・ 実施予定]　実施日：（　年　月　日 ） 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] HLAアリル一致度：[8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] 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] 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] 現在の治療状況（その他）：（　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日 ）　終了日：（　年　月　日 ） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日 ）　終了日：（　年　月　日 ）　通院頻度：（　）回／月
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校（ 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ） ・ 特別支援学校（ 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ） ・ 高等学校（専攻科を含む） ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学（短期大学を含む） ・ 就労（就学中の就労も含む） ・ 未就学かつ未就労 ・ その他（　）

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（　） 被保険者番号（　）被保険者個人単位枝番（　） 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〈継続申請用〉

病名	22　家族性赤血球増加症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL 血清直接ビリルビン（D-Bil）：（　　）mg/dL　LDH：（　　）U/L 血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL　UIBC：（　　）μg/dL 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） 所見：（　　）
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
遺伝学的検査	染色体検査（骨髄）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	染色体検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]

経過（申請時）　※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 抗腫瘍薬：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 抗凝固療法：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 除鉄剤：[なし ・ あり]

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〈継続申請用〉	2/2

薬物療法	抗体薬／分子標的薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　） 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　） 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　） 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　] HLAアリル一致度：[　8/8　・　7/8　・　6/8　・　5/8以下　・　不明　] 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　] 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　] 現在の治療状況（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　） 治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　）　通院頻度：（　　）回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校（　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　）　・　特別支援学校（　小中学部　・　専攻科を含む高等部　）　・　高等学校（専攻科を含む）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	23　免疫性血小板減少性紫斑病	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　） 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（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10^4/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10^4/μL　PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　） APTT：（　　）秒　直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]　血小板表面結合IgG（PA IgG）：（　　）ng/10^7cells 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：（　　） 所見：（　　）
	自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
	自己抗体（GPⅠb）：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（　　） 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） 検査法：（　　） 所見：（　　）
骨髄検査	骨髄検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	CT検査（肝）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）

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〈継続申請用〉　2/2

遺伝学的検査	染色体検査（骨髄）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　）
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：（　） 免疫抑制薬：[なし ・ あり]　薬剤名：（　） 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] 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] ステロイド薬：[なし ・ あり]
	サイトカイン類：[なし ・ あり]　薬剤名：（　） 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] 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 ） 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術（その他）：（　）
治療	治療（その他）：（　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日 ）　終了日：（　年　月　日 ） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日 ）　終了日：（　年　月　日 ）　通院頻度：（　）回／月
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校（ 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ） ・ 特別支援学校（ 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ） ・ 高等学校（専攻科を含む） ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学（短期大学を含む） ・ 就労（就学中の就労も含む） ・ 未就学かつ未就労 ・ その他（　）

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（　） 被保険者番号（　）被保険者個人単位枝番（　） 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〈継続申請用〉

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	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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] 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（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL　PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　） 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 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：（　　） 所見：（　　）
	抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施]　検査方法：（　　） 所見：（　　）
	自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[未実施 ・ 実施]　検査方法：（　　） 所見：（　　）
	自己抗体（GPⅠb）：[未実施 ・ 実施]　検査方法：（　　） 所見：（　　）
	自己抗体（その他）：（　　）
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） 所見：（　　）
感染症免疫学的検査	ウイルス検査：[未実施 ・ 実施] 所見：（　　）
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	CT検査（肝）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
遺伝学的検査	染色体検査（骨髄）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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：（　　）
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：（　　） 免疫抑制薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　） 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　] 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　] ステロイド薬：[　なし　・　あり　]
	サイトカイン類：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　） 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　] 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　） 治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] 手術（その他）：（　　）
治療	治療（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　）　通院頻度：（　　）回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校（　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　）　・　特別支援学校（　小中学部　・　専攻科を含む高等部　）　・　高等学校（専攻科を含む）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	25　血栓性血小板減少性紫斑病	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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]　肝腫大：[なし ・ あり]　脾腫大：[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]　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] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL　PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　） APTT：（　　）秒　フィブリノゲン：（　　）mg/dL　アンチトロンビン：（　　）% 出血時間：（　　）分　ADAMTS13活性：（　　）%　血清クレアチニン：（　　）mg/dL 血清直接ビリルビン（D-Bil）：（　　）mg/dL　血清間接ビリルビン（I-Bil）：（　　）mg/dL　LDH：（　　）U/L 血清ハプトグロビン：（　　）mg/dL・未実施
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	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：（　　） 免疫抑制薬：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 抗けいれん薬：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 再発予防法：[なし ・ あり]　薬剤名：（　　） 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：（　　） 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]

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〈継続申請用〉　2/2

輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施]　導入年月：（　年　月 ）　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 ）　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 ） 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） ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学（短期大学を含む） ・ 就労（就学中の就労も含む） ・ 未就学かつ未就労 ・ その他（　　）

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（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 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〈継続申請用〉

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	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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] 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（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL　PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　） 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 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：（　　） 所見：（　　）
	自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
	自己抗体（GPⅠb）：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（　　） 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） 所見：（　　）
病理検査	骨髄生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	CT検査（肝）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
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 15　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉**　**2/2**

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：（　　）
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：（　　） 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：（　　） 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　）
	治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　]
	手術（その他）：（　　）
治療	治療（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　）
	治療見込み期間（外来）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　）　通院頻度：（　　）回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校（　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　）　・　特別支援学校（　小中学部　・　専攻科を含む高等部　）　・　高等学校（専攻科を含む）　・
	高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・
	その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	27　先天性無巨核球性血小板減少症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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] 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（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL ヘモグロビンF（HbF）：（　　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL 血小板数：（　　）×10⁴/μL　PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒 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/10^7cells 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：（　　） 所見：（　　）
	自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[未実施 ・ 実施]　検査方法：（　　） 所見：（　　）
	自己抗体（GPⅠb）：[未実施 ・ 実施]　検査方法：（　　） 所見：（　　）
	末梢血白血球形態異常：[なし ・ あり] 所見：（　　）
	末梢血赤血球形態異常：[なし ・ あり] 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） 赤芽球系：（　　）%　顆粒球系：（　　）%　単球系：（　　）%　リンパ球系：（　　）% 芽球系：（　　）%　有核細胞数：（　　）×10⁴/μL　巨核球数：（　　）/mL 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） 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〈継続申請用〉　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 ） 所見：（　）
	染色体検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　）
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　）
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：（　） 免疫抑制薬：[なし ・ あり]　薬剤名：（　） 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] 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] ステロイド薬：[なし ・ あり]
	サイトカイン類：[なし ・ あり]　薬剤名：（　） 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] 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 ） 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 ） 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] HLAアリル一致度：[8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] 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] 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 ） 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） ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学（短期大学を含む） ・ 就労（就学中の就労も含む） ・ 未就学かつ未就労 ・ その他（　）
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 41　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

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（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 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〈継続申請用〉

病名	28　ファンコニ（Fanconi）貧血	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　） 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] 下血：[なし ・ あり]	肝腫大：[なし ・ あり] 消化管出血：[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]		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] 症状（その他）：（　　）	歯肉出血：[なし ・ あり]	

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　好中球数：（　　）/μL 赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL　ヘモグロビンF（HbF）：（　　）% 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL
	末梢血白血球形態異常：[なし ・ あり] 所見：（　　）
	末梢血赤血球形態異常：[なし ・ あり] 所見：（　　）
骨髄検査	骨髄検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 赤芽球系：（　　）%　顆粒球系：（　　）%　単球系：（　　）%　リンパ球系：（　　）% 芽球系：（　　）%　有核細胞数：（　　）×10⁴/μL　巨核球数：（　　）/mL 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） 所見：（　　）
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	CT検査（肝）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
遺伝学的検査	染色体検査（骨髄）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	染色体検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	遺伝子検査：[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 42　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉　2/2

検査所見（その他）	染色体脆弱性試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　）
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：（　）
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：（　） 免疫抑制薬：[なし ・ あり]　薬剤名：（　） 抗腫瘍薬：[なし ・ あり]　薬剤名：（　） 抗けいれん薬：[なし ・ あり]　薬剤名：（　） 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：（　） 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：（　） 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] 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 ）　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]　HLAアリル一致度：[8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] 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] 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 ） 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） ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学（短期大学を含む） ・ 就労（就学中の就労も含む） ・ 未就学かつ未就労 ・ その他（　）

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（　） 被保険者番号（　）被保険者個人単位枝番（　） 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〈継続申請用〉

病名	29　周期性血小板減少症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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] 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（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10^4/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10^4/μL　血小板表面結合IgG（PA IgG）：（　　）ng/10^7cells 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] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
	自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
	自己抗体（GPⅠb）：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（　　） 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） 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） 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 24　血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

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：(　　)
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：(　　) 免疫抑制薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：(　　) 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　] 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　] ステロイド薬：[　なし　・　あり　]
	サイトカイン類：[　なし　・　あり　]　薬剤名：(　　) 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　] 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　) 治療効果：[　著効　・　有効　・　不変　・　悪化　・　判定不能　] 手術（その他）：(　　)
治療	治療（その他）：(　　)
今後の治療方針	今後の治療方針：(　　)
	治療見込み期間（入院）　開始日：(　　年　　月　　日　)　終了日：(　　年　　月　　日　) 治療見込み期間（外来）　開始日：(　　年　　月　　日　)　終了日：(　　年　　月　　日　)　通院頻度：(　　)回／月
就学・就労状況	就学前　・　小中学校(　通常学級　・　通級　・　特別支援学級　)　・　特別支援学校(　小中学部　・　専攻科を含む高等部　)　・　高等学校(専攻科を含む)　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学(短期大学を含む)　・　就労(就学中の就労も含む)　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	30　メイ・ヘグリン（May-Hegglin）異常症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 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] 所見：（　　）
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
骨髄検査	骨髄検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 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） 所見：（　　）
	染色体検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
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：（　　） ステロイド薬：[なし ・ あり]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号	51	血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2/2

輸血療法	赤血球輸血：[　なし　・　あり　]　頻度：[　1か月1回未満　・　1か月1回以上　] 血小板輸血：[　なし　・　あり　]　頻度：[　1か月1回未満　・　1か月1回以上　]
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[　未実施　・　実施　]　導入年月：（　　年　　月　） 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　） 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　） 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）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	31　本態性血小板血症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

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

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 49　**血液疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉**　**2/2**

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：(　　) 抗腫瘍薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：(　　) 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　) 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　] HLAアリル一致度：[　8/8　・　7/8　・　6/8　・　5/8以下　・　不明　] 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　] 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　) 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)　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学(短期大学を含む)　・　就労(就学中の就労も含む)　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	32 ベルナール・スーリエ（Bernard-Soulier）症候群	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　） 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] 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（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒 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：（　　）% 凝固因子活性（その他）：（　　） 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] 所見：（　　）
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
細胞表面抗原検査	細胞表面抗原検査：[未実施 ・ 実施] 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）

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〈継続申請用〉　2/2

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：（　　） ステロイド薬：[　なし　・　あり　]　抗線溶療法：[　なし　・　あり　] 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　] 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） 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）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）
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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	33　血小板無力症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　） 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] 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（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒 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：（　　）% 凝固因子活性（その他）：（　　） 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] 所見：（　　）
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
細胞表面抗原検査	細胞表面抗原検査：[未実施 ・ 実施] 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

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〈継続申請用〉　2/2

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	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：（　　） 再発予防法：[　なし　・　あり　]　詳細：（　　） 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　] 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） 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）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	34　血小板放出機構異常症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　） 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] 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（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒 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：（　　）% 凝固因子活性（その他）：（　　） 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] 所見：（　　）
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
骨髄検査	骨髄検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
病理検査	骨髄生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

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〈継続申請用〉　2/2

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	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：（　　） 再発予防法：[　なし　・　あり　]　詳細：（　　） 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　] 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） 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）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

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	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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] 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] 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] 歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒 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：（　　）% 凝固因子活性（その他）：（　　） 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] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	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]

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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：（　　） 再発予防法：[　なし　・　あり　]　詳細：（　　） 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　] 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） 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）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	36 先天性フィブリノーゲン欠乏症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　） 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] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒 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：（　　）% 凝固因子活性（その他）：（　　） 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] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	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：（　　） 再発予防法：[なし ・ あり]　詳細：（　　）

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〈継続申請用〉　2/2

輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
治療	治療（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　） 治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日）　終了日：（　年　月　日） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日）　終了日：（　年　月　日）　通院頻度：（　　）回／月
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校（ 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ） ・ 特別支援学校（ 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ） ・ 高等学校（専攻科を含む） ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学（短期大学を含む） ・ 就労（就学中の就労も含む） ・ 未就学かつ未就労 ・ その他（　　）

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（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 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〈継続申請用〉

病名	37　先天性プロトロンビン欠乏症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　） 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] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒 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：（　　）% 凝固因子活性（その他）：（　　） 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] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	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：（　　） 再発予防法：[なし ・ あり]　詳細：（　　）

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〈継続申請用〉　2/2

輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり]　頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
治療	治療（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　） 治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日）　終了日：（　年　月　日） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日）　終了日：（　年　月　日）　通院頻度：（　　）回／月
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校（ 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ） ・ 特別支援学校（ 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ） ・ 高等学校（専攻科を含む） ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学（短期大学を含む） ・ 就労（就学中の就労も含む） ・ 未就学かつ未就労 ・ その他（　　）

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（　　） 被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 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〈継続申請用〉

病名	38　第Ⅴ因子欠乏症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　） 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] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒 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：（　　）% 凝固因子活性（その他）：（　　） 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] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	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]

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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：（　　） 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　] 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） 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）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	39　第Ⅶ因子欠乏症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　） 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] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒 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：（　　）% 凝固因子活性（その他）：（　　） 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] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	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]

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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：（　　） 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　] 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） 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）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	40　血友病A	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　） 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] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒 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：（　　）% 凝固因子活性（その他）：（　　） 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] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	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）]

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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：（　　） 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　] 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　） 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　） 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）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	41　血友病B	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　） 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] 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] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒 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：（　　）% 凝固因子活性（その他）：（　　） 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] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	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）]

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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：(　　) 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　] 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　) 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　) 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)　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学(短期大学を含む)　・　就労(就学中の就労も含む)　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　(　　) 被保険者番号　(　　)　被保険者個人単位枝番　(　　) 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〈継続申請用〉

病名	42　第Ⅹ因子欠乏症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　） 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] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒 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：（　　）% 凝固因子活性（その他）：（　　） 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] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	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]

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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：（　　） 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　] 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） 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）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	43　第XI因子欠乏症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　） 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] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒 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：（　　）% 凝固因子活性（その他）：（　　） 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] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	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]

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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：（　　） 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　] 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） 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）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	44　第Ⅻ因子欠乏症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　） 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] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒 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：（　　）% 凝固因子活性（その他）：（　　） 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] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	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]

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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：（　　） 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　] 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） 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）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	45　第XIII因子欠乏症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　） 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] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒 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：（　　）% 凝固因子活性（その他）：（　　） 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] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	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]

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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：（　　） 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　] 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） 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）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	46 フォンウィルブランド（von Willebrand）病	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　） 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] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒 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：（　　）% 凝固因子活性（その他）：（　　） 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] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	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]

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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：（　　） 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　] 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） 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）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

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	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （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	体重（測定日）	kg（　　SD） 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（申請時）　※直近の状況を記載

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] 社会活動（その他）：（　　） 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] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒 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：（　　）% 凝固因子活性（その他）：（　　） 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] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	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]

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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：（　　） 再発予防法：[　なし　・　あり　]　詳細：（　　） 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　] 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） 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）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	48　先天性プロテインC欠乏症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　） 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] 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] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒 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：（　　）% 凝固因子活性（その他）：（　　） プロテインC活性：（　　）%・未実施　プロテインS活性：（　　）%・未実施 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] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	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]

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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：（　　） 抗凝固療法：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　） 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　] 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） 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）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	49　先天性プロテインＳ欠乏症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　） 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] 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] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒 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：（　　）% 凝固因子活性（その他）：（　　） プロテインＣ活性：（　　）%・未実施　プロテインＳ活性：（　　）%・未実施 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] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	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]

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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：（　　） 抗凝固療法：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　） 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　] 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） 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）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	50　先天性アンチトロンビン欠乏症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　） 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] 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] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL PT：（　　）秒 ・ %　PT-INR：（　　）　APTT：（　　）秒 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：（　　）% 凝固因子活性（その他）：（　　） プロテインC活性：（　　）%・未実施　プロテインS活性：（　　）%・未実施 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] 検査方法：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
既往歴	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]

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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：（　　） 抗凝固療法：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　） 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　] 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） 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）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	51　骨髄線維症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　赤血球数：（　　）×10⁴/μL　ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL 平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL　平均血小板容積（MPV）：（　　）fL　血小板数：（　　）×10⁴/μL 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] 所見：（　　）
	末梢血赤血球形態異常：[なし ・ あり] 所見：（　　）
骨髄検査	骨髄検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 赤芽球系：（　　）%　顆粒球系：（　　）%　単球系：（　　）%　リンパ球系：（　　）% 芽球系：（　　）%　有核細胞数：（　　）×10⁴/μL
病理検査	骨髄生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	CT検査（肝）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
遺伝学的検査	染色体検査（骨髄）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	染色体検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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	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：（　　） 抗腫瘍薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：（　　） 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　） 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　） 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　] HLAアリル一致度：[　8/8　・　7/8　・　6/8　・　5/8以下　・　不明　] 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　] 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　） 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）　・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ その他（　　）

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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 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〈継続申請用〉

病名	52　再生不良性貧血	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日
氏名	（セイメイ） （姓名） 以前の登録氏名（変更のある場合） （セイメイ） （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 体重（測定日）　kg（　　SD）　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（申請時）　※直近の状況を記載

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）：（　　） 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] 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（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	白血球数：（　　）/μL　好中球：（　　）%　リンパ球：（　　）%　単球：（　　）% 好酸球：（　　）%　網赤血球：（　　）‰　好中球数：（　　）/μL　赤血球数：（　　）×10⁴/μL ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL　ヘモグロビンF（HbF）：（　　）%　平均赤血球容積（MCV）：（　　）fL 血小板数：（　　）×10⁴/μL　血清鉄（Fe）：（　　）mg/dL　フェリチン：（　　）ng/mL・未実施　TIBC：（　　）mg/dL 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/10^7cells
	抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施]　検査方法：（　　） 所見：（　　）
	自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[未実施 ・ 実施]　検査方法：（　　） 所見：（　　）
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]　検査方法：（　　） 所見：（　　）
	自己抗体（GPⅠb）：[未実施 ・ 実施]　検査方法：（　　） 所見：（　　）
	末梢血白血球形態異常：[なし ・ あり] 所見：（　　）
	末梢血赤血球形態異常：[なし ・ あり] 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：（　　）%

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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

赤血球特殊検査	HAMテスト：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 検査法：（　） 所見：（　）
骨髄検査	骨髄検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 赤芽球系：（　）%　顆粒球系：（　）%　単球系：（　）%　リンパ球系：（　）% 芽球系：（　）%　有核細胞数：（　）×10^4/μL　巨核球数：（　）/mL 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 ） 所見：（　）
感染症免疫学的検査	ウイルス検査：[未実施 ・ 実施] 所見：（　）
画像検査	MRI検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：（　） 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 ） 所見：（　）
	染色体検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　）
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　）
	染色体脆弱性試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[なし ・ あり]　詳細：（　）
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]　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：（　） 免疫抑制薬：[なし ・ あり]　薬剤名：（　） 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：（　） 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：（　） 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] 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 ） 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] HLAアリル一致度：[8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] 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] 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 ） 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） ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学（短期大学を含む） ・ 就労（就学中の就労も含む） ・ 未就学かつ未就労 ・ その他（　）

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〈継続申請用〉**　**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　（　　） 被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日