

告示番号		49		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）		1/2	
病名		20 微小血管障害性溶血性貧血						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
現在の身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										肥満度		%	
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()											
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり	
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)							
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明	
臨床所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
診断		二次性の原因： ()											
症状	全身	貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり]				高血圧：[なし ・ あり] 血栓症：[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]							
	消化器	黄疸：[なし ・ あり] 腹部症状：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり] 下血：[なし ・ あり]				消化器症状：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]			
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]				腎機能低下：[なし ・ あり]				腎炎：[なし ・ あり]			
	その他	症状（その他）： ()											
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載													
診断		二次性の原因： ()											
症状	全身	貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり]				高血圧：[なし ・ あり] 血栓症：[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]							
	消化器	黄疸：[なし ・ あり] 腹部症状：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり] 下血：[なし ・ あり]				消化器症状：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]			
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]				腎機能低下：[なし ・ あり]				腎炎：[なし ・ あり]			
	その他	症状（その他）： ()											
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査		白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()%				好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL							
		平均赤血球容積 (MCV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL				血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil)：()mg/dL LDH：()U/L							
		血清ハプトグロビン：()mg/dL・未実施 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]											
		末梢血赤血球形態異常：[なし ・ あり] 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：()							
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（ ）

告示番号	49	血液疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載						
血液検査	白血球数：()/μL 好中球：()% リンパ球：()% 単球：()% 好酸球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン（Hb）：()g/dL 平均赤血球容積（MCV）：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清直接ビリルビン（D-Bil）：()mg/dL 血清間接ビリルビン（I-Bil）：()mg/dL LDH：()U/L 血清ハプトグロビン：()mg/dL・未実施 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]					
	赤血球特殊検査：[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]					
	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()日 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()日 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					
医療機関・医師署名						
上記の通り診断します。						
医療機関名 記載年月日 年 月 日						
医療機関住所 診療科 医師名 (印)						
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()						