

|   |       |   |  |  |               |                           |                                     |   |  |                             |  |               |  |
|---|-------|---|--|--|---------------|---------------------------|-------------------------------------|---|--|-----------------------------|--|---------------|--|
| 告示番号  |       | 12  |  | 血液疾患                                     |               | ( )                       |                                     | 年度  |  | 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）       |  | 1/2           |  |
| 病名  |       | 1 巨赤芽球性貧血   |  |  |               |                           |                                     | 受付種別  |  | <input type="checkbox"/> 新規 |  |               |  |
| 受給者番号   |       |   |  | 受診日                                      |               | 年 月 日                     |                                     |   |  |                             |  |               |  |
| ふりがな  |       |   |  |  |               |                           |                                     | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>(測定日)   |  | cm ( SD)<br>年 月 日                        |               | 体重<br>(測定日)               |                                     | kg ( SD)<br>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 ]  |  |  |               |                           |                                     |   |  |                             |  |               |  |
|   | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[ なし ・ あり ]   |  |  |               |                           | 紫斑：[ なし ・ あり ]                      |   |  |                             |  |               |  |
|   | 消化器   | 黄疸：[ なし ・ あり ]<br>消化器症状：[ なし ・ あり ]   |  |  |               |                           | 肝腫大：[ なし ・ あり ]<br>腹部症状：[ なし ・ あり ] |   |  | 脾腫大：[ なし ・ あり ]             |  |               |  |
|   | 精神・神経 | 神経症状：[ なし ・ あり ]  |  |  |               |                           |                                     |   |  |                             |  |               |  |
|   | その他   | 症状 (その他)：( )  |  |  |               |                           |                                     |   |  |                             |  |               |  |
| 臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載   |       |   |  |  |               |                           |                                     |   |  |                             |  |               |  |
| 診断  |       | 二次性の原因：( )  |  |  |               |                           |                                     |   |  |                             |  |               |  |
| 症状  | 全身    | 貧血：[ なし ・ あり ]  |  |  |               |                           |                                     |   |  |                             |  |               |  |
|   | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[ なし ・ あり ]   |  |  |               |                           | 紫斑：[ なし ・ あり ]                      |   |  |                             |  |               |  |
|   | 消化器   | 黄疸：[ なし ・ あり ]<br>消化器症状：[ なし ・ あり ]   |  |  |               |                           | 肝腫大：[ なし ・ あり ]<br>腹部症状：[ なし ・ あり ] |   |  | 脾腫大：[ なし ・ あり ]             |  |               |  |
|   | 精神・神経 | 神経症状：[ なし ・ あり ]  |  |  |               |                           |                                     |   |  |                             |  |               |  |
|   | その他   | 症状 (その他)：( )  |  |  |               |                           |                                     |   |  |                             |  |               |  |
| 検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載                              |       |   |  |  |               |                           |                                     |   |  |                             |  |               |  |
| 血液検査  |       | 白血球数：( )/μL 好中球：( )% リンパ球：( )% 単球：( )%<br>好酸球：( )% 網赤血球：( )%<br>赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：( )fL<br>血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL LDH：( )U/L<br>血清鉄 (Fe)：( )mg/dL フェリチン：( )ng/mL・未実施 TIBC：( )mg/dL<br>UIBC：( )μg/dL 葉酸：( )ng/mL ビタミンB <sub>12</sub> ：( )pg/mL<br>直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] |  |  |               |                           |                                     |   |  |                             |  |               |  |
|   |       | 自己抗体種別：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査方法：( )<br>所見：( )   |  |  |               |                           |                                     |   |  |                             |  |               |  |
| 赤血球特殊検査   |       | 赤血球特殊検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>検査法：( )<br>所見：( )   |  |  |               |                           |                                     |   |  |                             |  |               |  |
| 骨髓検査  |       | 骨髓検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>赤芽球系：( )% 顆粒球系：( )% 単球系：( )% リンパ球系：( )%<br>芽球系：( )%<br>造血細胞の形態異常：赤芽球系：[ なし ・ あり ] 骨髓球系：[ なし ・ あり ] 巨核球：[ なし ・ あり ]   |  |  |               |                           |                                     |   |  |                             |  |               |  |

受給者番号( ) 患者氏名( )

| 告示番号                   |  | 12 血液疾患（ ） 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉 |               |                               |  |  |  |  |  |  |       | 2/2   |  |
|------------------------|--|-------------------------------------|---------------|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|-------|-------|--|
| 画像検査                   | 超音波検査（腹部）：[ 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：（                                       |                                     |               |                               |  |  |  |  |  |  |       | ）     |  |
| 画像検査（消化管）：[ 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）：（                                |                                     |               |                               |  |  |  |  |  |  |       | ）     |  |
| 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 <sup>4</sup> /μL               | ヘモグロビン（Hb）：（ ）g/dL                  |               | 平均赤血球容積（MCV）：（ ）fL            |  |  |  |  |  |  |       |       |  |
|                        | 血小板数：（ ）×10 <sup>4</sup> /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 <sub>12</sub> ：（ ）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：（                                       |                                     |               |                               |  |  |  |  |  |  | ）     |       |  |
| 骨髓検査                   | 骨髓検査：[ 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 ] |                                     |               |                               |  |  |  |  |  |  |       |       |  |
| 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（                            |                                     |               |                               |  |  |  |  |  |  | ）     |       |  |