

告示番号		54		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		19 溶血性貧血（脾機能亢進症によるものに限る。）										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)				体重 (測定日)		kg (SD)				BMI		肥満度					
				年		月				日		年								月	
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		治療 ・ 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]																			
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]										紫斑：[なし ・ あり]									
	消化器	黄疸：[なし ・ あり]										脾腫大：[なし ・ あり]				胆石：[なし ・ あり]					
	その他	症状（その他）： ()																			
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
診断		二次性の原因： ()																			
症状	全身	貧血：[なし ・ あり]																			
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり]										紫斑：[なし ・ あり]									
	消化器	黄疸：[なし ・ あり]										脾腫大：[なし ・ あり]				胆石：[なし ・ あり]					
	その他	症状（その他）： ()																			
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																					
血液検査		白血球数：()/μL				好中球：()%				リンパ球：()%				単球：()%							
		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]															
		自己抗体種別：[未実施 ・ 実施]																			
		検査方法：()																			
		所見：()																			
		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：()																			
尿検査		尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ヘモグロビン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]																			
便検査		便中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 便中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]																			
画像検査		超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)																			
		所見：()																			
		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（ ）

告示番号	54	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]					
	自己抗体種別：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()					
	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検査法：() 所見：()					
尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ヘモグロビン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]					
便検査	便中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 便中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]					
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()					
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]					
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					
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 ()			