

告示番号		48		血液疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/2							
病名		5 鉄芽球形貧血										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)				体重 (測定日)		kg ( SD)				BMI							
				年						月		日		年		月		日		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 ]										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)：( )																	
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
診断		二次性の原因：( )																			
症状		全身		貧血：[ なし ・ あり ]										鉄過剰症状：[ なし ・ あり ]							
		皮膚・粘膜		出血斑：[ なし ・ あり ]										紫斑：[ なし ・ あり ]							
		消化器		黄疸：[ なし ・ あり ]										肝腫大：[ なし ・ あり ]						脾腫大：[ なし ・ あり ]	
				消化器症状：[ なし ・ あり ]										腹部症状：[ なし ・ あり ]							
		精神・神経		神経症状：[ なし ・ あり ]																	
		耳鼻咽喉		難聴：[ なし ・ あり ]																	
		その他		症状 (その他)：( )																	
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																					
血液検査		白血球数：( )/μL 好中球：( )% リンパ球：( )% 単球：( )% 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 ヘモグロビンF (HbF)：( )% 平均赤血球容積 (MCV)：( )fL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /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 ] 末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ] 所見：( )																			
		細胞表面抗原検査 CD59陰性細胞比率（フローサイトメトリー法）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )%																			
		赤血球特殊検査 HAMテスト：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 赤血球アデノシンデアミナーゼ活性 (eADA)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( ) 還元型グルタチオン (eGSH)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( ) 赤血球特殊検査 (その他)：[ 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 ) 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 <sup>4</sup> /μL 巨核球数：( )/mL 環状鉄芽球が骨髓総赤芽球が15%を超える：[ なし ・ あり ] 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 ]																			
		病理検査 骨髓生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )																			

受給者番号（）患者氏名（）

告示番号	48	血液疾患	（ <div></div> ）	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（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）					
	所見：（ <div></div> ）					
	CT検査（肝）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）					
	所見：（ <div></div> ）					
遺伝学的検査	CT検査（脾）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）					
	所見：（ <div></div> ）					
	染色体検査（骨髓）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）					
	所見：（ <div></div> ）					
染色体検査	染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）					
	所見：（ <div></div> ）					
	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）					
	所見：（ <div></div> ）					
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（ <div></div> ）					
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載						
血液検査	白血球数：（ <div></div> ）/μL 好中球：（ <div></div> ）% リンパ球：（ <div></div> ）% 単球：（ <div></div> ）% 好酸球：（ <div></div> ）% 網赤血球：（ <div></div> ）% 赤血球数：（ <div></div> ）×10 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン（Hb）：（ <div></div> ）g/dL					
	ヘモグロビンF（HbF）：（ <div></div> ）% 平均赤血球容積（MCV）：（ <div></div> ）fL 血小板数：（ <div></div> ）×10 <sup>4</sup> /μL					
	血清直接ビリルビン（D-Bil）：（ <div></div> ）mg/dL 血清間接ビリルビン（I-Bil）：（ <div></div> ）mg/dL LDH：（ <div></div> ）U/L					
	血清鉄（Fe）：（ <div></div> ）mg/dL フェリチン：（ <div></div> ）ng/mL・未実施 TIBC：（ <div></div> ）mg/dL UIBC：（ <div></div> ）μg/dL					
直接Coombs試験	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：（ <div></div> ）					
	所見：（ <div></div> ）					
	赤血球特殊検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）					
赤血球特殊検査	検査法：（ <div></div> ）					
	所見：（ <div></div> ）					
	骨髓検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）					
	所見：（ <div></div> ）					
骨髓検査	骨髓生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）					
	所見：（ <div></div> ）					
	病理検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）					
	所見：（ <div></div> ）					
画像検査	超音波検査（肝・脾）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）					
	所見：（ <div></div> ）					
	染色体検査（骨髓）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）					
	所見：（ <div></div> ）					
遺伝学的検査	染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）					
	所見：（ <div></div> ）					
	染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）					
	所見：（ <div></div> ）					
染色体検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）					
	所見：（ <div></div> ）					
	検査所見（その他）					
	検査所見（その他）：（ <div></div> ）					
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：（ <div></div> ）					
	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：（ <div></div> ）					
	免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 薬剤名：（ <div></div> ）					
	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 ]					
	造血幹細胞移植：[ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）					
	ドナー：[ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ] 移植細胞：[ 骨髓 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ]					
移植	HLAアリール一致度：[ 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：（ <div></div> ）					
	治療（その他）：（ <div></div> ）					
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）：（ <div></div> ）					
	今後の治療方針					
	今後の治療方針：（ <div></div> ）					
今後の治療方針	治療見込み期間（入院） 開始日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）					
	治療見込み期間（外来） 開始日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 通院頻度：（ <div></div> ）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					
	小児慢性特定疾病 指定医番号（ <div></div> ）					
	（印）					