

告示番号		5		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		12 口唇赤血球症						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																
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) : ()														
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																
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 (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：() / μ L 好中球：() % リンパ球：() % 単球：() % 好酸球：() % 網赤血球：() % 赤血球数：() $\times 10^4 / \mu$ L 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：() $\times 10^4 / \mu$ L 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 : () μ g/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]														
		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：()														

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		5	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	
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）：()							
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 ヘモグロビンF（HbF）：()% 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：()							
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		脾摘手術：[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 ()							