

告示番号		54		血液疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（継続申請用）										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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → （ ）	
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（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（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 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		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 ]													

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〈継続申請用〉	2/2
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 (      )			