

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------|---|--|--|---------------|---|--|----------------------|--|--|--|---------------|--|
| 告示番号 | | 48 | | 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 | | 5 鉄芽球形貧血 | | | | | | 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) | | 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 (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 (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 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：() | | | | | | | | | | | |
| 病理検査 | | 骨髓生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：() | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 染色体検査 (骨髓)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：() | | | | | | | | | | | |
| | | 染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：() | | | | | | | | | | | |
| | | 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)：() | | | | | | | | | | | |

受給者番号() 患者氏名()

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|----------------|--|---|--|----|--|-----------------------|--|-----|--|
| 告示番号 | | 48 | | 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 | |
| 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] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 免疫グロブリン大量療法：[なし ・ あり] ステロイド薬：[なし ・ あり] | | | | 薬剤名：() 薬剤名：() 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 除鉄剤：[なし ・ あり] | | | | | | | |
| 輸血療法 | | 赤血球輸血：[なし ・ あり] 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] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] | | | | | | | |
| 移植 | | 造血幹細胞移植：[未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 移植細胞：[骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 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：() | | | | 実施日：(年 月 日) ドナー：[血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] HLA アリル一致度：[8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | (印) | |
| | | | | 医師名 | | | | | | | | | |
| | | | | 小児慢性特定疾病 指定医番号 | | | | (| | | |) | |