

告示番号		2		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		11 遺伝性球状赤血球症														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																													
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 ]															
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																	
		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															
		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 ]																											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	2	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 (      )			