

告示番号		26		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		1 巨赤芽球性貧血						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな								(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 ( 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 ]											
	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 ] 消化器症状： [ なし ・ あり ]					肝腫大： [ なし ・ あり ] 腹部症状： [ なし ・ あり ]					脾腫大： [ なし ・ あり ]	
	精神・神経	神経症状： [ 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													
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 ] 消化器症状： [ なし ・ あり ]					肝腫大： [ なし ・ あり ] 腹部症状： [ なし ・ あり ]					脾腫大： [ なし ・ あり ]	
	精神・神経	神経症状： [ 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： ( ) / $\mu$ 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 平均赤血球容積 (MCV)： ( ) fL 血小板数： ( ) $\times 10^4 / \mu$ L LDH： ( ) U/L 血清鉄 (Fe)： ( ) mg/dL フェリチン： ( ) ng/mL ・ 未実施 TIBC： ( ) mg/dL UIBC： ( ) $\mu$ g/dL 葉酸： ( ) ng/mL ビタミンB <sub>12</sub> ： ( ) pg/mL 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 ) 赤芽球系： ( ) % 顆粒球系： ( ) % 単球系： ( ) % リンパ球系： ( ) % 芽球系： ( ) % 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 ]											

画像検査	超音波検査（腹部）：[ 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：( )			
	画像検査（消化管）：[ 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 <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 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 葉酸：( )ng/mL ビタミンB <sub>12</sub> ：( )pg/mL 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：( )			
画像検査	超音波検査（腹部）：[ 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：( )			
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：( )			
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 ]			
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				
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )				