

告示番号	10	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	1 巨赤芽球形貧血					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]			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]									
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		平均赤血球容積(MCV):()fL						
	血小板数:()×10 ⁴ /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 ₁₂ :()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]										

告示番号 10 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
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 ()	

告示番号 26		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	2 後天性赤芽球癆					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 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]			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]
	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:()‰		好中球数:()/μL		
血液検査	赤血球数:()×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン(Hb):()g/dL			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	
血液検査	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				
血液検査	直接Coombs試験:[陰性・陽性・不明]						
	自己抗体種別:[未実施・実施]						
赤血球特殊検査	検査方法:()						
	所見:()						
骨髄検査	赤血球特殊検査:[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(骨髄):[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:()						
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: () 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () ステロイド薬: [なし ・ あり] 除鉄剤: [なし ・ あり]
	アンドロゲン療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	サイトカイン類: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
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]
移植	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日: (年 月 日) ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアレル一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 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: ()
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 ()

告示番号 27 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] 薬剤名: () 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫グロブリン大量療法: [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ステロイド薬: [なし ・ あり] G-CSF療法: [なし ・ あり] 除鉄剤: [なし ・ あり]
	アンドロゲン療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	サイトカイン類: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
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]
移植	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日: (年 月 日) ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアリール一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 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: ()
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 ()

告示番号 **43** 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	4 先天性赤血球形成異常性貧血							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	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(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]				肝腫大:[なし・あり]			脾腫大:[なし・あり]		
	筋・骨格	四肢・骨格奇形:[なし・あり]									
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明]									
	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					
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:()											
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):()										

告示番号 **43** 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: ()
既往歴	重症新生児黄疸: [なし ・ あり] 遷延性新生児黄疸: [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: () 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫グロブリン大量療法: [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ステロイド薬: [なし ・ あり] G-CSF療法: [なし ・ あり] 除鉄剤: [なし ・ あり]
	アンドロゲン療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	サイトカイン類: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
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]
移植	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日: (年 月 日) ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアレルー一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 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: ()
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 ()

告示番号 46		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] 実施日: (年 月 日) ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアリル一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 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: ()						
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	()		

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: () 免疫グロブリン大量療法: [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ステロイド薬: [なし ・ あり] G-CSF療法: [なし ・ あり] 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]
移植	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日: (年 月 日) ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアリール一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 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: ()
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 ()

告示番号 21 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 7 寒冷凝集素症
受給者番号
受診日
年 月 日
受付種別
継続 転出実施主体名
転入 -> ()

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)
年 月 日
cm (SD)
体重 (測定日)
年 月 日
kg (SD)
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]
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]
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
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
血小板表面結合IgG (PA IgG): () ng/10^7 cells
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]

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: ()
免疫グロブリン大量療法: [なし ・ あり]
治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
ステロイド薬: [なし ・ あり]
G-CSF療法: [なし ・ あり]
除鉄剤: [なし ・ あり]

告示番号 **21** 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**

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]
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 ()

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：(
	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 ()

告示番号	7	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					
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 ()					

告示番号 **5** 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**

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 ()

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: () 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫グロブリン大量療法: [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ピロリ菌除去: [未実施 ・ 実施] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ステロイド薬: [なし ・ あり]
	サイトカイン類: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
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): ()
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 ()

告示番号 **51** 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**

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]
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	血液透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
治療	治療 (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 ()

経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	免疫抑制薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 抗腫瘍薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() ステロイド薬：[なし ・ あり]
移植	造血幹細胞移植：[未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日：(年 月 日) ドナー：[血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞：[骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLA アリル一致度：[8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 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：()
治療	治療 (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 ()

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: () 再発予防法: [なし ・ あり] 詳細: ()
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]
治療	治療 (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 ()

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: () 再発予防法: [なし ・ あり] 詳細: () 抗線溶療法: [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]
治療	治療 (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 ()

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: () 抗凝固療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 再発予防法: [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] 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]
治療	治療 (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 ()

告示番号		28		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	50 先天性アンチトロンビン欠乏症					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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI				
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	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(申請時) ※直近の状況を記載											
現在の生活状態	社会活動:[制限なし・制限あり] 社会活動(その他):() 日常生活:[制限なし・制限あり]										
症状	全身	易感染性:[なし・あり]		貧血:[なし・あり]		DIC:[なし・あり]					
		血栓症:[なし・あり]									
	皮膚・粘膜	発疹:[なし・あり]			出血斑:[なし・あり]		紫斑:[なし・あり]				
	消化器	下血:[なし・あり]			消化管出血:[なし・あり]						
	筋・骨格	関節痛:[なし・あり]									
	精神・神経	神経症状:[なし・あり]			脳出血:[なし・あり]						
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]			腎機能低下:[なし・あり]						
	内分泌・代謝	過多月経:[なし・あり]									
耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]										
その他	歯肉出血:[なし・あり]		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							
	平均赤血球容積(MCV):()fL	平均血小板容積(MPV):()fL	血小板数:()×10 ⁴ /μL								
	PT:()秒・%	PT-INR:()	APTT:()秒								
	フィブリノゲン:()mg/dL	出血時間:()分	第Ⅷ因子活性:()%	第Ⅸ因子活性:()%							
	凝固因子活性(その他):()	プロテインC活性:()%・未実施	プロテインS活性:()%・未実施								
	インヒビター:()BU	VWF抗原量(VWF:Ag):()%	リストセチン・コファクター活性(VWF:RCo):()%								
	血小板機能検査:[未実施・実施]										
	検査方法:()										
	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	血栓または出血の既往:[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: () 抗凝固療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 再発予防法: [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] 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]
治療	治療 (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 ()

告示番号 **19** 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 51 骨髄線維症		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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI
	年 月 日	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 (申請時) ※直近の状況を記載							
症状	全身	易感染性: [なし ・ あり]	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]	肝腫大: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]		
	耳鼻咽喉	鼻出血: [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: () / 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			
	平均赤血球容積 (MCV): () fL	平均血小板容積 (MPV): () fL	血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L				
	フィブリノゲン: () mg/dL	LDH: () U/L					
	末梢血白血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()						
	末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()						
骨髄検査	骨髄検査: [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: () %	有核細胞数: () $\times 10^4 / \mu$ L					
病理検査	骨髄生検: [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: ()						
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施]	実施日: () 年 月 日					
所見: ()							
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [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): ()						

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	血栓または出血の既往: [なし ・ あり]

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 抗腫瘍薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () ステロイド薬: [なし ・ あり]
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): ()
移植	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日: (年 月 日) ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLA アリル一一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA 抗原一一致度: [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: ()
治療	治療 (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 ()

告示番号		20		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	52 再生不良性貧血					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		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 (申請時) ※直近の状況を記載									
病型	病型(再生不良性貧血):[先天性・特発性・二次性・肝炎後再生不良性貧血]								
診断	二次性の原因:()								
現在の生活状態	社会活動:[制限なし・制限あり] 社会活動(その他):() 日常生活:[制限なし・制限あり]								
症状	全身	発熱:[なし・あり] 易感染性:[なし・あり] 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] 下血:[なし・あり] 消化管出血:[なし・あり]							
	筋・骨格	四肢・骨格奇形:[なし・あり]							
	精神・神経	脳出血:[なし・あり]							
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]							
	内分泌・代謝	過多月経:[なし・あり]							
	耳鼻咽喉	鼻出血:[なし・あり]							
	その他	小奇形:[なし・あり] 歯肉出血:[なし・あり] 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:()/ μ L	好中球:()%		リンパ球:()%		単球:()%			
	好酸球:()%	網赤血球:()%		好中球数:()/ μ L		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	血清鉄(Fe):()mg/dL		フェリチン:()ng/mL・未実施		TIBC:()mg/dL			
	UIBC:() μ g/dL		直接Coombs試験:[陰性・陽性・不明]		血小板表面結合IgG(PA IgG):()ng/ 10^7 cells				
	抗血小板自己抗体:[未実施・実施] 検査方法:() 所見:()								
	自己抗体(Gp II b/III a):[未実施・実施] 検査方法:() 所見:()								
	血小板機能検査:[未実施・実施] 検査方法:() 所見:()								
	自己抗体(GP I b):[未実施・実施] 検査方法:() 所見:()								
	末梢血白血球形態異常:[なし・あり] 所見:()								
	末梢血赤血球形態異常:[なし・あり] 所見:()								
自己抗体(その他):()									
細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率(フローサイトメトリー法):[未実施・実施]				比率所見:()%				

告示番号	20	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
赤血球特殊検査	HAMテスト: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 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: ()% 有核細胞数: () $\times 10^4 / \mu\text{L}$ 巨核球数: ()/mL 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]					
病理検査	骨髓生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()					
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()					
画像検査	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 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: ()					
	染色体脆弱性試験: [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] 血栓または出血の既往: [なし ・ あり]					
重症度分類	重症度 (再生不良性貧血): [軽症 (Stage1) ・ 中等症 (Stage 2) ・ やや重症 (Stage3) ・ 重症 (Stage4) ・ 最重症 (Stage5)]					
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: () ステロイド薬: [なし ・ あり] G-CSF療法: [なし ・ あり] 除鉄剤: [なし ・ あり]					
	アンドロゲン療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]					
	サイトカイン類: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]					
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]					
移植	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日: (年 月 日) ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髓 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアリール一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 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: ()					
治療	治療 (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	()