

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〉		1/3			
病名		2 後天性赤芽球癆								受付種別		☐ 新規			
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県 () 市区町村 ()													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日						
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 %	
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 (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															
最終受診日		(年 月 日)													
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): ()													
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 (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: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% 好中球数: ()/μL 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 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: ()													
		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: ()													
		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] 実施日: (年 月 日) 所見: ()%											
		赤血球特殊検査		HAMテスト: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]											
赤血球アデノシンデアミナーゼ活性 (eADA): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)															
所見: ()															
還元型グルタチオン (eGSH): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)															
骨髓検査		赤芽球系: ()% 顆粒球系: ()% 単球系: ()% リンパ球系: ()% 芽球系: ()% 有核細胞数: ()×10 ⁴ /μL 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]													
		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]													
		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]													
		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]													
感染症免疫学的検査		ウイルス検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()													

