

告示番号 <b>26</b>		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	<b>2 後天性赤芽球癆</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)		
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)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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						
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)：( )				
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	平均赤血球容積 (MCV)：( )fL		
血液検査	赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL		ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL	血清直接ビリルビン (D-Bil)：( )mg/dL		
	血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL	血清鉄 (Fe)：( )mg/dL		血清間接ビリルビン (I-Bil)：( )mg/dL		
血液検査	LDH：( )U/L		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：( )					
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 )			
	所見：( )					
骨髄検査	骨髄検査：[ 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：( )		遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]			
遺伝学的検査	所見：( )		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 ]					

告示番号 <b>26</b> 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) <b>2/2</b>	
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
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 ( )
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
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日
電話番号	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
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