

告示番号		27		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		3 先天性赤芽球癆(ダイヤモンド・ブラックファン(Diamond-Blackfan)貧血)										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（ー）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)																	
症状		全身	低身長(身長-2.0SD以下): [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]		
					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	小奇形: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()											
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																			
症状		全身	低身長(身長-2.0SD以下): [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]		
					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	小奇形: [なし ・ あり] 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		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]																
細胞表面抗原検査		細胞表面抗原検査	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]																
赤血球特殊検査		赤血球特殊検査	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: ()																
			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: ()																
骨髓検査		骨髓検査	還元型グルタチオン (eGSH): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)																
			所見: ()																
			赤血球特殊検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)																
			検査法: ()																
			所見: ()																
病理検査		病理検査	骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)																
			所見: ()																

