

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〉		1/2			
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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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)				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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI					
										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)													
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 (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 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 : ()													
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) : ()													

