

告示番号		43		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		4 先天性赤血球形成異常性貧血								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 () 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		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)：()											
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 (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：()‰ 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：()													
		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：()													
		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：()													
		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		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：()													
		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：()×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]													
		病理検査 骨髓生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													

