

告示番号		46		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	5 鉄芽球形貧血							受付種別	<input type="checkbox"/> 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 ]					
		消化器症状: [ なし ・ あり ]			腹部症状: [ なし ・ あり ]								
	精神・神経	神経症状: [ なし ・ あり ]											
	耳鼻咽喉	難聴: [ 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 ]					
		消化器症状: [ なし ・ あり ]			腹部症状: [ なし ・ あり ]								
	精神・神経	神経症状: [ なし ・ あり ]											
	耳鼻咽喉	難聴: [ 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: ( )%		赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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 ]												
	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 )													
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: ( )													
骨髓検査	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 <sup>4</sup> /μL		巨核球数: ( )/mL								
	環状鉄芽球が骨髓総赤芽球が15%を超える: [ なし ・ あり ]												
造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [ なし ・ あり ] 顆粒球系: [ 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: ( )													

告示番号	46	血液疾患 ( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	2/3
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		所見: ( )
	CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		所見: ( )
	CT検査 (肺): [ 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: ( )
	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): ( )				
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: ( )%	赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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: ( )				
骨髄検査	骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		所見: ( )
病理検査	骨髄生検: [ 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 (骨髄): [ 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: ( )
	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 ]				
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: ( )				
免疫グロブリン大量療法: [ なし ・ あり ] 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]					
ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 除鉄剤: [ なし ・ あり ]					
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 ]
	HLAアレル一致度: [ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ]		移植細胞: [ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 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 ( )				

<b>告示番号</b>	<b>46</b>	<b>血液疾患</b>	( )	<b>年度</b>		<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>3/3</b>
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