

| 告示番号 46 | | 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 | 5 鉄芽球性貧血 | | | 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 | | 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) | | | | | |
| 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] 消化器症状：[なし ・ あり] | | 肝腫大：[なし ・ あり] 脾腫大：[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 (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 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 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)：() | | | | | |

| | |
|--|--|
| 告示番号 46 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) 2/2 | |
| 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] 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLAアリール一致度: [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 |