

告示番号	22	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	8 発作性寒冷ヘモグロビン尿症				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)	
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI	%
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]				
	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]
	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]				
	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]
	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		
	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]				
	寒冷凝集素価: [未実施 ・ 実施]					
	所見: ()					
	Donath Landsteiner 抗体: [未実施 ・ 実施]					
	所見: ()					
	自己抗体種別: [未実施 ・ 実施]					
	検査方法: ()					
	所見: ()					
	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]					
	赤血球特殊検査 (その他): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)		
	検査法: ()					
	所見: ()					
尿検査	尿中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]			尿中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]		
便検査	便中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]			便中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]		

告示番号 **22** 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**

感染症免疫学的検査	ウイルス検査：[未実施 ・ 実施] 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：()		
	CT検査 (肝)：[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 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 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：()		
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：()		
尿検査	尿中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 尿中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]		
便検査	便中ウロビリノーゲン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 便中ウロビリリン：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]		
画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[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)：()		
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：()		
既往歴	入院加療を要する感染症：[なし ・ あり]		
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] G-CSF療法：[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]		
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