

告示番号 22		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	8 発作性寒冷ヘモグロビン尿症			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		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	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 (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