

告示番号	23	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	9 7及び8に掲げるもののほか、自己免疫性溶血性貧血 (AIHAを含む。)				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						
具体的な疾病名	()			最終受診日	(年 月 日)	
病型	病型 (自己免疫性溶血性貧血): [特発性 ・ 続発性]					
診断	続発性の原因: ()					
症状	全身	発熱: [なし ・ あり]		易感染性: [なし ・ あり]	貧血: [なし ・ あり]	鉄過剰症状: [なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり]		色素沈着: [なし ・ あり]	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]	下血: [なし ・ あり]
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]				
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]				
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]				
	内分泌・代謝	性腺機能低下: [なし ・ あり]		過多月経: [なし ・ あり]		
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]				
	その他	歯肉出血: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()				
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
病型	病型 (自己免疫性溶血性貧血): [特発性 ・ 続発性]					
診断	続発性の原因: ()					
症状	全身	発熱: [なし ・ あり]		易感染性: [なし ・ あり]	貧血: [なし ・ あり]	鉄過剰症状: [なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり]		色素沈着: [なし ・ あり]	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]	下血: [なし ・ あり]
	筋・骨格	関節痛: [なし ・ あり]				
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]				
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]				
	内分泌・代謝	性腺機能低下: [なし ・ あり]		過多月経: [なし ・ あり]		
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]				
	その他	歯肉出血: [なし ・ あり] 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]			
	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: ()%					

告示番号	23	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
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: ()				
骨髓検査	骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 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]				
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]				
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: ()				
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] 血栓または出血の既往: [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: () 抗凝固療法: [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]				
	サイトカイン類: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]				
	抗体薬/分子標的薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]				
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]				
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施] 導入年月: (年 月) 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]				
	血液透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施] 導入年月: (年 月) 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]				
手術	脾摘出術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術 (その他): ()				
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