

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		☐ 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) 年 月 日				体重 (測定日)		kg (SD) 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]			
		DIC：[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]		
	消化管出血：[なし ・ あり]				胆石：[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]			
		DIC：[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]		
	消化管出血：[なし ・ あり]				胆石：[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：()%															

