

告示番号		23		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		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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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)					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（ー）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)				BMI					
			年 月 日					年 月 日						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																	
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]															
		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]															
		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（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 : [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) : ()															

