

告示番号		48		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		10 発作性夜間ヘモグロビン尿症								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													
最終受診日		(年 月 日)											
症状	全身	発熱：[なし ・ あり]				易感染性：[なし ・ あり]				貧血：[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]			
	消化器	黄疸：[なし ・ あり]				肝腫大：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]			
		腹部症状：[なし ・ あり]				下血：[なし ・ あり]				消化管出血：[なし ・ あり]			
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]											
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]				脳出血：[なし ・ あり]							
	腎・泌尿器	腎機能低下：[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													
症状	全身	発熱：[なし ・ あり]				易感染性：[なし ・ あり]				貧血：[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]			
	消化器	黄疸：[なし ・ あり]				肝腫大：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]			
		腹部症状：[なし ・ あり]				下血：[なし ・ あり]				消化管出血：[なし ・ あり]			
	筋・骨格	関節痛：[なし ・ あり]											
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]				脳出血：[なし ・ あり]							
	腎・泌尿器	腎機能低下：[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						
	ヘモグロビンF (HbF)：()%		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]								
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：()												
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)												
	有核細胞数：()×10 ⁴ /μL		巨核球数：()/mL										
病理検査	造血細胞の形態異常：赤芽球系：[なし ・ あり] 骨髓球系：[なし ・ あり] 巨核球：[なし ・ あり]												
	骨髓生検：[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]				尿中ヘモグロビン：[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]							

