

告示番号		48		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		10 発作性夜間ヘモグロビン尿症						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 (-) 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													
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] DIC：[なし ・ あり] 血栓症：[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] 消化器症状：[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] 胆石：[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 (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 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]											
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：()											
病理検査		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]											
遺伝学的検査		染色体検査 (骨髓)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		遺伝子検査：[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)：()											

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