

| 告示番号 | | 4 | | 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 | 12 口唇赤血球症 | | | | | | | 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) | | | 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 | 貧血: [なし ・ あり] | | | | | 鉄過剰症状: [なし ・ あり] | | | | | | | |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑: [なし ・ あり] | | | | | 紫斑: [なし ・ あり] | | | | | | | |
| | 消化器 | 黄疸: [なし ・ あり] | | | | | 脾腫大: [なし ・ あり] | | 胆石: [なし ・ あり] | | | | | |
| | | 消化器症状: [なし ・ あり] | | | | | 腹部症状: [なし ・ あり] | | | | | | | |
| | 腎・泌尿器 | 腎機能低下: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | |
| | 眼 | 眼症状: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | |
| その他 | 症状 (その他): () | | | | | | | | | | | | | |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | |
| 症状 | 全身 | 貧血: [なし ・ あり] | | | | | 鉄過剰症状: [なし ・ あり] | | | | | | | |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑: [なし ・ あり] | | | | | 紫斑: [なし ・ あり] | | | | | | | |
| | 消化器 | 黄疸: [なし ・ あり] | | | | | 脾腫大: [なし ・ あり] | | 胆石: [なし ・ あり] | | | | | |
| | | 消化器症状: [なし ・ あり] | | | | | 腹部症状: [なし ・ あり] | | | | | | | |
| | 腎・泌尿器 | 腎機能低下: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | |
| | 眼 | 眼症状: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | |
| その他 | 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: () μ L | 好中球: ()% | リンパ球: ()% | 単球: ()% | 好酸球: ()% | 網赤血球: ()% | 赤血球数: () $\times 10^4/\mu$ L | 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: () $\times 10^4/\mu$ L | 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: () μ g/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: () | | | | | | | | | | | | | |
| 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: () | | | | | | | | | | | | | |
| 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] | | | | | | | | | |
| 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: () | | | | | | | | | | | | | |

| 告示番号 | 4 | 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 |
|------------------------|--|----------|----------------------------|------------------------|----------------------------|
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] | | 実施日: (年 月 日) | | () |
| 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 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) | | () |
| 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] | | |
| 画像検査 | 超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] | | 実施日: (年 月 日) | | () |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] | | 実施日: (年 月 日) | | () |
| 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] | | | | |
| 既往歴 | 入院加療を要する感染症: [なし ・ あり] | | | | |
| 家族歴 | 本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] | | | | |
| 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: () | | | | |
| | 除鉄剤: [なし ・ あり] | | | | |
| 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] | | | | |
| 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 |