

告示番号		4		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	12 口唇赤血球症							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)							
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		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	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 (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: ()													
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: ()													
遺伝学的検査	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): ()													
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]													
	詳細: ()													
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]													

告示番号 4 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) 2/2	
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