

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		☐ 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（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：[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]															

