

告示番号		2		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	13 鎌状赤血球症							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	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	低身長 (身長-2.0SD以下): [なし ・ あり] 易感染性: [なし ・ あり] 貧血: [なし ・ あり] 血栓症: [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]			
	筋・骨格	関節痛: [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]												
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]									
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