

告示番号		5		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		15 サラセミア										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)													
病型		病型 (サラセミア) : [α-サラセミア ・ β-サラセミア]													
症状	全身	低身長 (身長-2.0SD以下) : [なし ・ あり] 発熱 : [なし ・ あり] 易感染性 : [なし ・ あり] 貧血 : [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]													
	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		末梢血赤血球形態異常 : [なし ・ あり] 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]													
手術		手術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()													

