

告示番号		6		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		17 ピルビン酸キナーゼ欠乏性貧血										受付種別		☐ 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]				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]	
			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]				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]	
			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：()/μL 白血球分画：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 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]														
		末梢血赤血球形態異常：[なし ・ あり]														
		所見：()														
		赤血球特殊検査		ピルビン酸キナーゼ (PK) 活性：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)										()		
				赤血球特殊検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)												
				検査法：()												
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		CT検査（肝）：[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）：()														

