

| 告示番号                                    | 8  | 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                                      | 18 11から17までに掲げるもののほか、遺伝性溶血性貧血  |  |                        | 受付種別 <input type="checkbox"/> 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日  |  |                        |                                  |
| 氏名                                      | (セイメイ)<br>(姓)  |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)   | (セイメイ)<br>(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 月 日         |                                  |
| 現在の身長・体重                                | 身長 (測定日)   | cm ( SD)                                   | 体重 (測定日)               | kg ( SD)                         |
|   | 年 月 日  |  | 年 月 日                  | BMI 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                             |
|   | 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             |
| 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 |  |  |                        |                                  |
| 具体的な疾病名                                 | ( )  |  | 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 ] |
|   | 精神・神経  | 神経症状: [ 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 ]               |
|   | 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 ] |
|   | 精神・神経  | 神経症状: [ 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 好中球: ( )% リンパ球: ( )% 単球: ( )%<br>好酸球: ( )% 網赤血球: ( )% 赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL<br>平均赤血球容積 (MCV): ( )fL 血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL<br>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<br>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 ]<br>所見: ( )   |  |                        |                                  |
| 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 )<br>検査法: ( )<br>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 )<br>所見: ( )  |  |                        |                                  |
|   | CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |  |                        |                                  |
| 遺伝学的検査                                  | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |  |                        |                                  |
| 検査所見 (その他)                              | 検査所見 (その他): ( )  |  |                        |                                  |

告示番号 **8** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/3**

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 <sup>4</sup> /μL | ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL |
|      | 平均赤血球容積 (MCV)：( )fL        | 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /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 ] |

|    |                                   |               |
|----|-----------------------------------|---------------|
| 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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |