

告示番号	52	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	19 溶血性貧血 (脾機能亢進症によるものに限る。)				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 () 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		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)						
診断	二次性の原因: ()						
症状	全身	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): ()					
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
診断	二次性の原因: ()						
症状	全身	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 (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: ()% 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 血清ハプトグロビン: ()mg/dL・未実施 直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]						
	自己抗体種別: [未実施 ・ 実施]						
	検査方法: () 所見: ()						
赤血球特殊検査	末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()						
	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: ()						
	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): ()						

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
	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	
	血清ハプトグロビン：()mg/dL・未実施	直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]		
	自己抗体種別：[未実施 ・ 実施]			
	検査方法：()			
	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)
	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：()	

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]
-----	-------------------------

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：()
	免疫抑制薬：[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 () 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