

告示番号		47		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		20 微小血管障害性溶血性貧血						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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 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		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)											
診断		二次性の原因：()											
症状	全身	貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり]				高血圧：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]				浮腫：[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] 腹部症状：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり] 下血：[なし ・ あり]				消化器症状：[なし ・ あり] 消化管出血：[なし ・ あり]			
	精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]				腎機能低下：[なし ・ あり]				腎炎：[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					
		平均赤血球容積 (MCV)：()fL		血小板数：()×10 ⁴ /μL		血清間接ビリルビン (I-Bil)：()mg/dL		LDH：()U/L					
		血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/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：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)									
		検査法：()		()									
所見：()		()											
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]				血栓または出血の既往：[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：()											
		免疫抑制薬：[なし ・ あり] 薬剤名：()											
		抗凝固療法：[なし ・ あり] 薬剤名：()											
		抗けいれん薬：[なし ・ あり] 薬剤名：()											
		免疫グロブリン大量療法：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]											
		ステロイド薬：[なし ・ あり] G-CSF療法：[なし ・ あり] 除鉄剤：[なし ・ あり]											

