

告示番号		9		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		22 家族性赤血球増加症										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		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]										肝腫大：[なし ・ あり]		脾腫大：[なし ・ あり]			
				精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]														
					呼吸器・循環器	呼吸障害：[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		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]										肝腫大：[なし ・ あり]		脾腫大：[なし ・ あり]			
				精神・神経	神経症状：[なし ・ あり]														
					呼吸器・循環器	呼吸障害：[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 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 葉酸：()ng/mL ビタミンB ₁₂ ：()pg/mL																	
		末梢血赤血球形態異常：[なし ・ あり] 所見：()																	
骨髓検査		骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 赤芽球系：()% 有核細胞数：()×10 ⁴ /μL																	
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：()																	
遺伝学的検査		染色体検査（骨髓）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																	
		染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																	
		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）：()																	

