

| 告示番号                   |   | 9  |                                | 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                     | 22 家族性赤血球増加症  |  |                                |                      |                               | 受付種別                   | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |  |                                |                      |                               |                        |  |               |     |  |
| 氏名                     | (セイメイ)<br>(姓名)  |  |                                | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |                               | (セイメイ)<br>(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<br>(測定日)   | cm ( SD)                                   |                                |                      | 体重<br>(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 )   |  |                                |                      |                               |                        |  |               |     |  |
| 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 (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                                     |  |                                |                      | 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 <sub>12</sub> : ( )pg/mL |                      |                               |                        |  |               |     |  |
|                        |   |  |                                |                      |                               |                        |  |               |     |  |
| 骨髄検査                   | 骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )                    |  |                                |                      |                               |                        |  |               |     |  |
| 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: ( )             |  |                                |                      |                               |                        |  |               |     |  |
| 遺伝学的検査                 | 染色体検査 (骨髄): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )              |  |                                |                      |                               |                        |  |               |     |  |
|                        | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )                   |  |                                |                      |                               |                        |  |               |     |  |
|                        | 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): ( )   |  |                                |                      |                               |                        |  |               |     |  |
| 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 ]<br>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: ( )                                      |  |                                |                      |                               |                        |  |               |     |  |
|                        | 抗腫瘍薬: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( )                                      |  |                                |                      |                               |                        |  |               |     |  |
|                        | 抗凝固療法: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( )                                     |  |                                |                      |                               |                        |  |               |     |  |
|                        | 除鉄剤: [ なし ・ あり ]  |  |                                |                      |                               |                        |  |               |     |  |

告示番号 **9** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **2/2**

|             |   |
|-------------|---|
| 薬物療法        | 抗体薬/分子標的薬: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( )<br>治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]   |
| 手術          | 脾摘出術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]<br>手術 (その他): ( )  |
| 移植          | 造血幹細胞移植: [ 未実施 ・ 実施 ・ 実施予定 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>ドナー: [ 血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明 ] 移植細胞: [ 骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明 ]<br>HLA アリル一致度: [ 8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明 ]<br>HLA 抗原一致度: [ 完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明 ] ex vivo細胞除去: [ 未実施 ・ 実施 ・ 不明 ]<br>前処置: ( ) |
| 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 ]<br>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 )<br>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<br>医師名<br>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 |