

告示番号	20	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	52 再生不良性貧血				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 () 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)		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)								
病型	病型 (再生不良性貧血): [先天性 ・ 特発性 ・ 二次性 ・ 肝炎後再生不良性貧血]								
診断	二次性の原因: ()								
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]								
症状	全身	発熱: [なし ・ あり]		易感染性: [なし ・ あり]		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]		肝腫大: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]		下血: [なし ・ あり]	
		消化管出血: [なし ・ あり]							
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [なし ・ あり]							
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]							
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]							
	内分泌・代謝	過多月経: [なし ・ あり]							
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]							
	その他	小奇形: [なし ・ あり]		歯肉出血: [なし ・ あり]		症状 (その他): ()			
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載									
病型	病型 (再生不良性貧血): [先天性 ・ 特発性 ・ 二次性 ・ 肝炎後再生不良性貧血]								
診断	二次性の原因: ()								
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]								
症状	全身	発熱: [なし ・ あり]		易感染性: [なし ・ あり]		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]		肝腫大: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]		下血: [なし ・ あり]	
		消化管出血: [なし ・ あり]							
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [なし ・ あり]							
	精神・神経	脳出血: [なし ・ あり]							
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]							
	内分泌・代謝	過多月経: [なし ・ あり]							
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]							
	その他	小奇形: [なし ・ あり]		歯肉出血: [なし ・ あり]		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: () / μ L	好中球: () %	リンパ球: () %	単球: () %					
	好酸球: () %	網赤血球: () %	好中球数: () / μ L	赤血球数: () $\times 10^4 / \mu$ L					
	ヘモグロビン (Hb): () g/dL	ヘモグロビンF (HbF): () %	平均赤血球容積 (MCV): () fL						
	血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L	血清鉄 (Fe): () mg/dL	フェリチン: () ng/mL	未実施	TIBC: () mg/dL				
	UIBC: () μ g/dL	直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	血小板表面結合IgG (PA IgG): () ng/ 10^7 cells						
	抗血小板自己抗体: [未実施 ・ 実施]	検査方法: ()							
	所見: ()								
	自己抗体 (Gp II b/III a): [未実施 ・ 実施]	検査方法: ()							
	所見: ()								
	血小板機能検査: [未実施 ・ 実施]	検査方法: ()							
所見: ()									
自己抗体 (GP I b): [未実施 ・ 実施]	検査方法: ()								
所見: ()									
末梢血白血球形態異常: [なし ・ あり]									
所見: ()									
末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり]									
所見: ()									
自己抗体 (その他): ()									
細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率 (フローサイトメトリー法): [未実施 ・ 実施] 比率所見: () %								
赤血球特殊検査	HAMテスト: [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: ()								
骨髓検査	骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)								
	赤芽球系: () %	顆粒球系: () %	単球系: () %	リンパ球系: () %					
	芽球系: () %	有核細胞数: () $\times 10^4 / \mu$ L	巨核球数: () /mL						
	造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [なし ・ あり]		骨髓球系: [なし ・ あり]		巨核球: [なし ・ あり]				

告示番号	20	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
病理検査	骨髄生検: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施]	所見: ()			
画像検査	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	染色体検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	染色体脆弱性試験: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
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: ()%	好中球数: ()/μL	赤血球数: ()×10 ⁴ /μL	
	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL	ヘモグロビンF (HbF): ()%	平均赤血球容積 (MCV): ()fL		
	血小板数: ()×10 ⁴ /μL	血清鉄 (Fe): ()mg/dL	フェリチン: ()ng/mL	TIBC: ()mg/dL	
	UIBC: ()μg/dL	直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	血小板表面結合IgG (PA IgG): ()ng/10 ³ cells		
	抗血小板自己抗体: [未実施 ・ 実施]	検査方法: ()			
	自己抗体 (Gp II b/III a): [未実施 ・ 実施]	検査方法: ()			
	血小板機能検査: [未実施 ・ 実施]	検査方法: ()			
自己抗体 (GP I b): [未実施 ・ 実施]	検査方法: ()				
末梢血白血球形態異常: [なし ・ あり]	所見: ()				
末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり]	所見: ()				
自己抗体 (その他): ()					
細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率 (フローサイトメトリー法): [未実施 ・ 実施]	比率所見: ()%			
赤血球特殊検査	HAMテスト: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]				
骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	赤芽球系: ()%	顆粒球系: ()%	単球系: ()%	リンパ球系: ()%	
	芽球系: ()%	有核細胞数: ()×10 ⁴ /μL	巨核球数: ()/mL		
病理検査	骨髄生検: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施]	所見: ()			
画像検査	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	染色体検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	染色体脆弱性試験: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
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]				
重症度分類	重症度 (再生不良性貧血): [軽症 (Stage1) ・ 中等症 (Stage2) ・ やや重症 (Stage3) ・ 重症 (Stage4) ・ 最重症 (Stage5)]				
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: ()			
輸血療法	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]		
	アンドロゲン療法: [なし ・ あり]	薬剤名: ()			
移植	サイトカイン類: [なし ・ あり]	薬剤名: ()			
	治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]				
治療	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]			
今後の治療方針	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定]	実施日: (年 月 日)			
	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]			
就学・就労状況	HLAアレル一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明]				
	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]			
治療 (その他): ()					
今後の治療方針	今後の治療方針: ()				
就学・就労状況	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