

告示番号		10		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		1 巨赤芽球性貧血								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) 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]						肝腫大：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]		
		消化器症状：[なし ・ あり]						腹部症状：[なし ・ あり]						
	精神・神経	神経症状：[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]						肝腫大：[なし ・ あり]				脾腫大：[なし ・ あり]		
		消化器症状：[なし ・ あり]						腹部症状：[なし ・ あり]						
	精神・神経	神経症状：[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				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				
		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：()												
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：()%												
		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]												

