

告示番号		50		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		6 無トランスフェリン血症						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)				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	全身	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]			
		消化器症状：[なし ・ あり]						腹部症状：[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 血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-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 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) 所見：()												
病理検査		骨髓生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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：()												
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：()												
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]												

