

告示番号		6		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		17 ピルビン酸キナーゼ欠乏性貧血								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 () 年 月 日		SD)		体重 (測定日)		kg () 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]				血栓症: [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]				脾腫大: [なし ・ あり]				胆石: [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					
		血清ハプトグロビン: ()mg/dL		未実施		直接 Coombs 試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]									
		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: ()							
尿検査		尿中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]				尿中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]		尿中ヘモグロビン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]							
便検査		便中ウロビリノーゲン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]				便中ウロビリリン: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]									
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		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): ()													
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]													
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: () 除鉄剤: [なし ・ あり]													
輸血療法		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]													
手術		脾摘出術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術 (その他): ()													

