

告示番号		2		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		13 鎌状赤血球症						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	低身長 (身長-2.0SD以下) : [なし ・ あり] 易感染性 : [なし ・ あり] 貧血 : [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]											
	筋・骨格	関節痛 : [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 : () / μ L 好中球 : () % リンパ球 : () % 単球 : () % 好酸球 : () % 網赤血球 : () ‰ 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 : () μ g/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 : () 所見 : ()											
	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]												
治療	治療 (その他) : ()												

