

小児慢性特定疾患（血友病等血液疾患・免疫疾患）医療意見書

受給者番号				新規(新規診断、転入 ^{注1)}) 継続、再開	
患者	ふりがな	男	生年	昭和	年 月 日
	氏名	女	月日	平成	(満 歳)
発病	昭・平 年 月	初診日	昭・平 年 月 日		
生活状況等	社会活動 (1.就学 2.在宅療養 3.入院 4.入所 5.その他)				
	日常生活 (1.正常 2.やや不自由であるが独力で可 3.部分介助 4.全面介助)				
受診状況(最近6か月) 1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院 (/月)					
身体障害者手帳 1.有 (級) 2.無					
疾患群	09 血友病等血液疾患・免疫疾患	疾患名			
※病名コード() () () ICD()					
現在の症状：該当するものに○をつけ、必要な場合()に記載してください。					
発熱(有、無)、鼻出血(有、無)、関節痛(有、無)					
易感染性(有、無)、血尿(有、無)、貧血(有、無)					
黄疸(有、無)、発疹(有、無)、出血斑(有、無)					
脾腫(有、無)、腫瘤(有、無)、血管腫(有、無)、その他()					
重症患者認定申請(無、有) ^{注2)}					
有の場合は重症患者認定基準①(対象部位別)に該当する症状を記載してください。既に重症患者認定を受けている場合も、同様に基準に該当する症状を記載してください。					
診断の根拠となった主な検査等の結果					
継続の場合は現在の状況					
数値等を用いて具体的に記載してください。					
該当するものに○をつけ、必要な場合()に記載してください。					
Hb(g/dl)、RBC(×10 ⁴ /μl)、Ht(%)、Plt(×10 ⁴ /μl)					
WBC (/μl、好中球数 /μl、好中球 %、好酸球 %					
リンパ球 %、単球 %)					
網赤血球(%)、出血時間(分)、PT(秒)、APTT(秒)					
第Ⅷ因子(%)、第Ⅸ因子(%)、血清間接ビリルビン(mg/dl)					
LDH (IU/l)、BUN (mg/dl)、直接Coombs試験(+、-)、					
IgG (mg/dl)、IgA (mg/dl)、IgM(mg/dl)、					
PA-IgG (ng/10 ⁷ cells)、フェリチン (ng/ml)、Fe (μg/dl)					
白血球機能検査：未実施、実施(所見)					
血小板機能検査：未実施、実施(所見)					
細胞表面抗原検査：未実施、実施(所見)					
骨髄検査：未実施、実施(所見)					
C蛋白欠乏症の場合：C蛋白活性 %					
S蛋白欠乏症の場合：S蛋白活性 %					
その他の現在の主な所見等：合併症(無、有)					
経過(これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果)					
血栓症の既往：無、有					
入院加療を要する感染症：無					
有(年3回以上、年3回未満、年間延べ3ヶ月以上)					
転帰	1つに○印：治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能				

注1) 転入の場合は、転入前の都道府県・指定都市・中核市名を記入してください。

注2) 重症患者認定基準を参照の上、記載してください。

※病名コードは記入しないこと

今後の治療方針

該当する治療法に○印：補充療法、G-CSF療法、除鉄剤、抗凝固療法
ステロイド薬、免疫抑制薬、抗腫瘍薬、再発予防法
造血幹細胞移植、腹膜透析、血液透析

治療見込	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
期間	通院	平成 年 月 日から平成 年 月 日(月 回)まで
療育相談に関する医師の意見		保健所における療育相談の要否： 要 ・ 否
要の場合、保健所で行ってほしい相談の内容等を記載してください。		
備考		
保健所長 殿 医療機関の所在地 平成 年 月 日 名称 電話番号 医師氏名 印(科)		
経由保健所名	受付	平成 年 月 日
	進達	平成 年 月 日

注) 認定された場合、受給者証は受理日から1年以内の有効期間で交付します。