

小児慢性特定疾患（血友病等血液・免疫疾患）医療意見書（平成 年度）

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 氏名	男女	生年 月 日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)
発病	昭・平 年 月 頃		初診日	昭・平 年 月 日	
疾患 群	09 血友病等血液 ・免疫疾患	疾患名 ^{注2)}	ICD()		
現在の症状：該当するものに○をつけ、必要な場合は自由記載して下さい 発熱（有、無）、鼻出血（有、無）、関節痛（有、無）、易感染性（有、無） 発血尿（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（ ）					
診断の根拠となった主な検査等の結果 （数値等を用いて具体的に記載、継続の場合は現在の状況） 該当するものに○をつけ、必要な場合（ ）に記載して下さい。 Hb(g/dl)、RBC($\times 10^4/\mu l$)、Ht(%)、Plt($\times 10^4/\mu l$) WBC(/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/10^3 cells)、フェリチン(ng/ml)、Fe($\mu g/dl$) 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）) 骨髓検査：未実施、実施（所見）)					
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、3回未満、年間延べ3ヶ月以上） （1つに○印：治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能）					
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 期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日			
	通院	平成 年 月 日から平成 年 月 日（月 回）			
上記の通り診断する		医療機関所在地 名称 科 平成 年 月 日 医師氏名 印			

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下さい。
 注2）プロテインC、プロテインS欠乏症は、活性値を明記して下さい。