

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	平成 年 月 日 (満 歳)
発病	平成 年 月頃		初診日	平成 年 月 日	
疾患群	09 血友病等血液・免疫疾患	疾 患 名 ^{注2}	I C D ()		
現在の症状: 該当するものに○を付け、必要な場合は自由記載してください。 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 ()					
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○を付け、必要な場合()に記載してください。 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)、IgG (mg/dl)、IgA (mg/dl) IgM (mg/dl)、直接Coombs試験(+、-)、PA-IgG(ng/ 10^7 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-C-S-F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 日まで			
	通 院	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで(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ください。

注2) プロテインC、プロテインS欠乏症は、活性値を明記してください。