

認定審査には医療意見書の — 枠で囲われた項目に記入が必要です。

告示番号		1		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2		
病名	11 遺伝性球状赤血球症													
受給者番号				受診日	年		月		日		受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
ふりがな	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 受給者の基本情報が記入されているかご確認ください。 </div>													
氏名 (Alphabet)														
生年月日	年		月		日		意見書記載時の年齢	歳		か月		日		
出生体重	g		出生週数	在胎		週		日		出生時に住民登録をした所	()		都道府県 ()	市区町村
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	
発病時期	年		月		頃		初診日	年		月		日		
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・その他()													
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	治療・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 不明						小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 不明					
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当													
臨床所見 (診断時)	※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症状	全身	貧血:[なし・あり]				鉄過剰症状:[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]				腹部症状:[なし・あり]				
		消化器症状:[なし・あり]												
	その他	症状(その他):()												
臨床所見 (申請時)	※直近の状況を記載													
症状	全身	貧血:[なし・あり]				鉄過剰症状:[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]				腹部症状:[なし・あり]				
		消化器症状:[なし・あり]												
	その他	症状(その他):()												
検査所見 (診断時)	※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
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								
	ヘモグロビンF(HbF):()%	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		UICB:()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]												
	末梢血赤血球形態異常:[なし・あり]													
	所見:()													
	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:()										
	CT検査(肝):[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):()													

新様式となっているかご確認ください。
 ※ 新様式は「新規」と「更新・転入」は、別になっています。
 ※ 旧様式での申請は受け付けできませんのでご注意ください。

受給者の基本情報が記入されているかご確認ください。

各々の認定基準をご確認の上、必ずご記入ください。
 ※ 認定基準については、別紙の1, 2を参照ください。

疾病の認定に関する項目です。
 必ずご記入ください。
 ※ 認定基準については、別紙の3を参照ください。

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
	ヘモグロビンF (HbF)：()%	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：()	
	所見：()	

疾病の認定に関する項目です。
必ずご記入ください。
 ※ 認定基準については、別紙の3を参照ください。

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：()
-----	-----------------------------	--------------

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：()
-----	-----------------------------	--------------

画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[未実施 ・ 実施]	実施日：()
	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)：()	

治療	治療 (その他)：()
----	--------------

治療状況	現在の治療状況：[治療開始予定 ・ 治療中 ・ その他]
	現在の治療状況 (その他)：()

	今後の治療方針：()
--	-------------

今後の治療方針	治療見込み期間 (入院) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日)
	治療見込み期間 (外来) 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度：()回/月

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年	月	日
医師	診療科			
	医師名			(印)
	慢性特定疾病 指定医番号 ()			

必ずご記入ください。
 ※ 認定期間中に20歳を迎える受給者については、
 誕生日の前日を終了日として記入してください。

1 人工呼吸器等装着者の基準

○厚生労働大臣が定める者(平成二十六年十二月十一日)(厚生労働省告示第四百六十二号)

児童福祉法施行令(昭和二十三年政令第七十四号)第二十二条の規定に基づき、厚生労働大臣が定める者を次のように定め、平成二十七年一月一日から適用する。

厚生労働大臣が定める者

一～二 略

三 令第二十二條第一項第六号の人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする者として厚生労働大臣が定めるものは、長期にわたり継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等であつて、日常生活動作が著しく制限されているものとする。

2 重症患者認定基準

① すべての疾病に関して、次に掲げる症状の状態のうち、1つ以上がおおむね6か月以上継続する(小児慢性特定疾病に起因するものに限り)と認められる場合

対象部位	症状の状態
眼	眼の機能に著しい障害を有するもの(視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの)
聴器	聴覚機能に著しい障害を有するもの(両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの)
上肢	両上肢の機能に著しい障害を有するもの(両上肢の用を全く廃したもの)
	両上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの(両上肢の全ての指を基部から欠いているもの又は両上肢の全ての指の機能を全く廃したもの)
	一上肢の機能に著しい障害を有するもの(一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの又は一上肢の用を全く廃したもの)
下肢	両下肢の機能に著しい障害を有するもの(両下肢の用を全く廃したもの)
	両下肢を足関節以上で欠くもの
体幹・脊柱	1歳以上の児童において、体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの(1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら若しくは横座りのいずれもができないもの又は、臥位若しくは座位から自力のみでは立ち上がれず、他人、柱、杖、その他の器物の介護若しくは補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障害を有するもの)
肢体の機能	身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が、この表の他の項(眼の項及び聴器の項を除く。)の症状の状態と同程度以上と認められる状態であつて、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの(一上肢及び一下肢の用を全く廃したもの又は四肢の機能に相当程度の障害を残すもの)

3 疾病の認定基準(疾病の状態の程度)

細分類	番号	疾病名	疾病の状態の程度
11 遺伝性球状赤血球症	1	遺伝性球状赤血球症	検査で血中ヘモグロビン値10g/dL以下又は赤血球数350万/ μ L以下の状態が持続する場合

【補足※】

1 「疾病の状態の程度」の「検査で血中ヘモグロビン値10g/dL以下又は赤血球数350万/ μ L以下の状態が持続する場合」とは、検査で血中ヘモグロビン値10g/dL以下又は赤血球数350万/ μ L以下の状態がおおむね6か月以上(断続的な場合を含む。)持続する場合に医療費助成の対象とする。

※「児童福祉法第六条の二第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める小児慢性特定疾病及び同条第二項の規定に基づき当該小児慢性特定疾病ごとに厚生労働大臣が定める疾病の状態の程度(平成26年厚生労働省告示第475号)」についてから抜粋