

### 3. 小児慢性特定疾患治療研究事業

#### (1) 小児慢性特定疾患(血友病等血液疾患)医療意見書

#### 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) 福岡県

|  |                |                                   |
|--|----------------|-----------------------------------|
| 保健福祉環境事務所(保健所)長殿   |                | 平成 年 月 日                          |
| 医療機関所在地<br>名称・診療科<br>電話番号<br>医師氏名  |                | 印                                 |
| 下記のとおり診断する   |                |                                   |
| 受給者番号  |                | 新規(新規診断、転入 <sup>注1)</sup> ) 継続 再開 |
| 患者氏名   | 男・女            | 昭和・平成 年 月 日生(満 歳)                 |
| 住所   |                | 電話                                |
| 発病   | 昭和・平成 年 月頃     | 既往歴及び家族歴                          |
| 初診日  | 昭和・平成 年 月 日    |                                   |
| 疾患区分   | 09<br>血友病等血液疾患 | 疾患名 <sup>注2)</sup><br>ICD ( )     |
| 現在の症状: 該当するものに○をつけ、必要な場合は自由に記載してください。<br>発熱(有、無)、鼻出血(有、無)、関節痛(有、無)、易感染症(有、無)、<br>血尿(有、無)、貧血(有、無)、黄疸(有、無)、発疹(有、無)、<br>出血斑(有、無)、脾腫(有、無)、腫瘤(有、無)、血管腫(有、無)、<br>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)<br>該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載してください。<br>Hb ( g/dl)、RBC( ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> )、Ht ( %) Plt ( ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> )<br>WBC ( /mm <sup>3</sup> 、好中球 %、好酸球 %、リンパ球 %)、網赤血球 ( %)<br>出血時間 ( 分)、PT ( 秒)、APTT ( 秒)、第Ⅶ因子 ( %)、第Ⅸ因子 ( %)<br>血清間接ビリルビン mg/dl、LDH ( IU/l)、BUN mg/dl<br>IgG ( mg/dl)、IgA ( mg/dl)、IgM ( mg/dl)、直接Coombs試験(+・-)<br>PAIgG ( ng/10 <sup>6</sup> cells)、フェリチン ( ng/ml)、Fe ( μg/dl)<br>白血球機能検査: 未実施、実施(所見 )<br>血小板機能検査: 未実施、実施(所見 )<br>細胞表面抗原検査: 未実施、実施(所見 )<br>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)<br><br>血栓症の既往: 無、有<br>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)<br>(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<br>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、<br>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 ~ 平成 年 月 日               |
| 期間   | 通院             | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日(月 回)          |
| 備考   |                |                                   |

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。