

告示番号		26		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		29 周期性血小板減少症						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな								(変更があった場合)					
氏名								ふりがな					
(Alphabet)								以前の登録氏名					
				(Alphabet)									
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
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			
										肥満度		%	
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						運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明	
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													
診断		二次性の原因： ()											
症状	全身	貧血： [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]					肝腫大： [なし ・ あり]					脾腫大： [なし ・ あり]	
		下血： [なし ・ あり]					消化管出血： [なし ・ あり]						
	精神・神経	脳出血： [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿： [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	過多月経： [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血： [なし ・ あり]											
その他	歯肉出血： [なし ・ あり] 症状 (その他)： ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
診断		二次性の原因： ()											
症状	全身	貧血： [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]					肝腫大： [なし ・ あり]					脾腫大： [なし ・ あり]	
		下血： [なし ・ あり]					消化管出血： [なし ・ あり]						
	精神・神経	脳出血： [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿： [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	過多月経： [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血： [なし ・ あり]											
その他	歯肉出血： [なし ・ あり] 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： () / μ L 好中球： () % リンパ球： () % 単球： () % 好酸球： () % 網赤血球： () ‰ 赤血球数： () $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン (Hb)： () g/dL 平均赤血球容積 (MCV)： () fL 血小板数： () $\times 10^4 / \mu$ L 血小板表面結合 IgG (PA IgG)： () ng/ 10^7 cells 網状血小板比率： () % 網状血小板比率 (正常対照)： () % 直接 Coombs 試験： [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]												
	抗血小板自己抗体： [未実施 ・ 実施]												
	検査方法： ()												
	所見： ()												
	自己抗体 (Gp II b / III a)： [未実施 ・ 実施]												
	検査方法： ()												
	所見： ()												
骨髄検査	自己抗体 (GP I b)： [未実施 ・ 実施]												
	検査方法： ()												
	所見： ()												
	自己抗体 (その他)： ()												
骨髄検査		骨髄検査： [未実施 ・ 実施] 実施日： (年 月 日)											
		所見： ()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	26	血液疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）	2/2
遺伝学的検査	染色体検査（骨髄）：[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）：()					
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 平均赤血球容積（MCV）：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血小板表面結合IgG（PA IgG）：()ng/10 ⁷ cells 網状血小板比率：()% 網状血小板比率（正常対照）：()% 直接Coombs試験：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]					
	抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()					
	自己抗体（Gp II b／III a）：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()					
	自己抗体（GP I b）：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()					
	自己抗体（その他）：()					
骨髄検査	骨髄検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()					
遺伝学的検査	染色体検査（骨髄）：[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：()					
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：() 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 免疫グロブリン大量療法：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ピロリ菌除去：[未実施 ・ 実施] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ステロイド薬：[なし ・ あり]					
	サイトカイン類：[なし ・ あり] 薬剤名：() 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]					
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）：()					
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			
医療機関住所			診療科			
			医師名 (印)			
			小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			