



受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	17	血液疾患	(	)	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2/2
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	免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 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 ]						
	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 ]						
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		(      )			