

告示番号		53		血液疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（継続申請用）										1/2							
病名		30メイ・ヘグリン（May-Hegglin）異常症										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 →（）							
受給者番号				受診日		年		月		日											
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 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							
				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										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(申請時) ※直近の状況を記載																					
症状		全身		高血圧:[ なし・あり ] 浮腫:[ なし・あり ]																	
		皮膚・粘膜		出血斑:[ なし・あり ] 紫斑:[ なし・あり ]																	
		精神・神経		精神運動発達遅滞:[ なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明 ]																	
		腎・泌尿器		血尿:[ なし・あり ] 腎機能低下:[ なし・あり ]										蛋白尿:[ なし・あり ]							
		耳鼻咽喉		難聴:[ なし・あり ] 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(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 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン(Hb):( )g/dL 平均赤血球容積(MCV):( )fL 平均血小板容積(MPV):( )fL 血小板数:( )×10 <sup>4</sup> /μL																			
		末梢血白血球形態異常:[ なし・あり ] 所見:( )																			
		血小板機能検査:[ 未実施・実施 ] 検査方法:( ) 所見:( )																			
骨髓検査		骨髓検査:[ 未実施・実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )																			
遺伝学的検査		染色体検査(骨髓):[ 未実施・実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )																			
		染色体検査:[ 未実施・実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )																			
		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:( )																			
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:( ) ステロイド薬:[ なし・あり ]																			

受給者番号( ) 患者氏名( )

<b>告示番号</b>	<b>53</b>	<b>血液疾患</b>	( )	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉</b>	<b>2/2</b>
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 ]					
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[ 未実施 ・ 実施 ]      導入年月：(                  年                  月 ) 治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]					
	血液透析（慢性透析）：[ 未実施 ・ 実施 ]      導入年月：(                  年                  月 ) 治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]					
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					
<b>医療機関・医師署名</b>						
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 (                                  )				