

告示番号		14		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		35 32から34までに掲げるもののほか、血小板機能異常症 (具体的な疾病名: )										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名	
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ( )					
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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		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		治癒 ・ 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	易感染性: [ なし ・ あり ] 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 ]													
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [ 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	小奇形: [ なし ・ あり ] 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 PT: ( )秒 ・ % PT-INR: ( ) APTT: ( )秒 フィブリノゲン: ( )mg/dL 出血時間: ( )分 第Ⅶ因子活性: ( )% 第Ⅸ因子活性: ( )% 凝固因子活性 (その他): ( ) インヒビター: ( )BU VWF 抗原量 (VWF:Ag): ( )% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo): ( )%														
	血小板機能検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法: ( ) 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	血栓または出血の既往: [ なし ・ あり ]														
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]														

