

告示番号		51		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		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		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 : ( ) / $\mu$ 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 平均血小板容積 (MPV) : ( ) fL 血小板数 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ L											
		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 ]											

