

病名	23 免疫性血小板減少性紫斑病										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
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			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 (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													
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]												
症状	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり]			出血斑: [なし ・ あり]			紫斑: [なし ・ あり]					
	消化器	下血: [なし ・ あり]			消化管出血: [なし ・ あり]								
	筋・骨格	関節痛: [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													
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]												
症状	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり]			出血斑: [なし ・ あり]			紫斑: [なし ・ あり]					
	消化器	下血: [なし ・ あり]			消化管出血: [なし ・ あり]								
	筋・骨格	関節痛: [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	PT: () 秒 ・ %	PT-INR: ()									
	APTT: () 秒	直接 Coombs 試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]	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): () %											
	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): ()												
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査法: () 所見: ()												
骨髓検査	骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 巨核球数: () / mL 造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [なし ・ あり] 骨髓球系: [なし ・ あり] 巨核球: [なし ・ あり]												

告示番号 16 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

画像検査	超音波検査 (肝・脾) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	CT検査 (肝) : [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) : ()

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

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 PT : () 秒 ・ % PT-INR : () APTT : () 秒 直接Coombs試験 : [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 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) : () %
	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) : ()
	赤血球特殊検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 検査法 : () 所見 : ()

骨髄検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
------	---

画像検査	超音波検査 (肝・脾) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	CT検査 (肝) : [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 (_____)