

病名	23 免疫性血小板減少性紫斑病					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																	
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 (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 ⁴ /μL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL	平均赤血球容積 (MCV): ()fL	血小板数: ()×10 ⁴ /μL	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)		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: ()												

告示番号 16 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

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 ()