

告示番号 **17** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **1/2**

|  |   |                              |  |                    |                     |   |                             |           |  |
|--|---|------------------------------|--|--------------------|---------------------|---|-----------------------------|-----------|--|
| 病名                                     | 24 23に掲げるもののほか、血小板減少性紫斑病<br>(具体的な疾病名: )   |                              |  |                    |                     | 受付種別  | <input type="checkbox"/> 新規 |           |  |
| 受給者番号                                  |   |                              | 受診日  | 年 月 日              |                     |   |                             |           |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet)               |   |                              |  |                    |                     | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>(測定日)   | cm ( SD)                     |  | 体重<br>(測定日)        | kg ( SD)            |   | BMI                         | %         |  |
| 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(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 |   |                              |  |                    |                     |   |                             |           |  |
| 症状                                     | 全身  | 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 ]    |                     |   |                             |           |  |
|  | 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 ]<br>症状(その他):( )   |                              |  |                    |                     |   |                             |           |  |
| 臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載                    |   |                              |  |                    |                     |   |                             |           |  |
| 症状                                     | 全身  | 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 ]    |                     |   |                             |           |  |
|  | 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:( )/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  | 血小板数:( )×10 <sup>4</sup> /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 <sup>7</sup> cells |                    |                     |   |                             |           |  |
|  | 網状血小板比率:( )%  | 網状血小板比率(正常対照):( )%           |  |                    |                     |   |                             |           |  |
|  | 血小板機能検査:[ 未実施・実施 ]  | 検査方法:( )                     |  |                    |                     |   |                             |           |  |
|  | 所見:( )  |                              |  |                    |                     |   |                             |           |  |
|  | 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):( )                          |   |                              |  |                    |                     |   |                             |           |  |
| 細胞表面抗原検査                               | CD59陰性細胞比率(フローサイトメトリー法):[ 未実施・実施 ]  |                              |  |                    |                     | 比率所見:( )%                                   |                             |           |  |
|  | 細胞表面抗原検査:[ 未実施・実施 ]<br>所見:( )   |                              |  |                    |                     |   |                             |           |  |
| 赤血球特殊検査                                | HAMテスト:[ 陰性・陽性・不明 ]   |                              |  |                    |                     |   |                             |           |  |

告示番号 **17** 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**

|                        |  |
|------------------------|--|
| 骨髄検査                   | 骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>巨核球数: ( )/mL<br>造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [ なし ・ あり ] 骨髄球系: [ なし ・ あり ] 巨核球: [ なし ・ あり ]   |
| 感染症免疫学的検査              | ウイルス検査: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見: ( )  |
| 画像検査                   | 超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |
|                        | CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 )<br>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: ( )/ $\mu$ L 好中球: ( )% リンパ球: ( )% 単球: ( )%<br>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<br>平均赤血球容積 (MCV): ( )fL 血小板数: ( ) $\times 10^4/\mu$ L PT: ( )秒 ・ % PT-INR: ( )<br>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<br>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: ( )<br>所見: ( )  |
|                        | 血小板機能検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | 自己抗体 (Gp II b/III a): [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法: ( )<br>所見: ( )  |
|                        | 自己抗体 (GP I b): [ 未実施 ・ 実施 ] 検査方法: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | 自己抗体 (その他): ( )  |
| 細胞表面抗原検査               | CD59陰性細胞比率 (フローサイトメトリー法): [ 未実施 ・ 実施 ] 比率所見: ( )%<br>細胞表面抗原検査: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見: ( )   |
| 赤血球特殊検査                | HAMテスト: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]   |
| 骨髄検査                   | 骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |
| 感染症免疫学的検査              | ウイルス検査: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見: ( )  |
| 画像検査                   | 超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |
|                        | CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 )<br>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 ]<br>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: ( )<br>免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( )<br>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 ]<br>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 ]<br>ステロイド薬: [ なし ・ あり ]   |
|                        | サイトカイン類: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( )<br>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 ]<br>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                     | 脾摘術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )