

病名 24	23に掲げるもののほか、血小板減少性紫斑病 (具体的な疾病名:)	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	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

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 (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): () %		
血液検査	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: ()			
血液検査	自己抗体 (Gp II b/III a): [未実施 ・ 実施] 検査方法: ()			
	所見: ()			
血液検査	自己抗体 (GP I b): [未実施 ・ 実施] 検査方法: ()			
	所見: ()			
細胞表面抗原検査	自己抗体 (その他): ()			
赤血球特殊検査	HAMテスト: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]			
骨髓検査	骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)			
骨髓検査	所見: ()			
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施]			
検査所見 (その他)	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: ()			
画像検査	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 (骨髓): [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 ()