

告示番号		17		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	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		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		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	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:( )/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):( )										
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 )							
所見:( )										
感染症免疫学的検査	ウイルス検査:[ 未実施・実施 ]									
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):( )									

告示番号 <b>17</b> 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) <b>2/2</b>	
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )