

病名	25 血栓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	肥満度	%
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			

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 (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	発熱: [なし ・ あり]	貧血: [なし ・ あり]	血栓症: [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] 下血: [なし ・ あり]	肝腫大: [なし ・ あり] 消化管出血: [なし ・ あり]	脾腫大: [なし ・ あり]
	精神・神経	神経症状: [なし ・ あり]	脳出血: [なし ・ あり]	
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]	腎機能低下: [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

症状	全身	発熱: [なし ・ あり]	貧血: [なし ・ あり]	血栓症: [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] 下血: [なし ・ あり]	肝腫大: [なし ・ あり] 消化管出血: [なし ・ あり]	脾腫大: [なし ・ あり]
	精神・神経	神経症状: [なし ・ あり]	脳出血: [なし ・ あり]	
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]	腎機能低下: [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 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	フィブリノゲン: ()mg/dL	アンチトロンビン: ()%	
出血時間: ()分	ADAMTS13活性: ()%	血清クレアチニン: ()mg/dL		
血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL	血清間接ビリルビン (I-Bil): ()mg/dL	LDH: ()U/L		
血清ハプトグロビン: ()mg/dL ・ 未実施				
抗ADAMTS13抗体: [未実施 ・ 実施]		判定: [陰性 ・ 陽性]		
末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()				

告示番号 **18** 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

遺伝学的検査	遺伝子検査：[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：()/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 フィブリンゲン：()mg/dL アンチトロンピン：()% 出血時間：()分 ADAMTS13活性：()% 血清クレアチニン：()mg/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil)：()mg/dL LDH：()U/L 血清ハプトグロビン：()mg/dL ・ 未実施		
	抗ADAMTS13抗体：[未実施 ・ 実施] 判定：[陰性 ・ 陽性]		
	末梢血赤血球形態異常：[なし ・ あり] 所見：()		
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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：()		
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]		
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：() 抗けいれん薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 再発予防法：[なし ・ あり] 薬剤名：() ステロイド薬：[なし ・ あり]		
	抗体薬/分子標的薬：[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]		
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]		
	血液透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]		
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 ()		