

病名	25 血栓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		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													
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]			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	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 (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		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												
	遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)								
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 ()