

病名 26 血小板減少症 (脾機能亢進症によるものに限る。)		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	
	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 (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						
診断	二次性の原因: ()					
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]		
		下血: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]		
	消化器	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): ()						
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
診断	二次性の原因: ()					
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]		
		下血: [なし ・ あり]		脾腫大: [なし ・ あり]		
	消化器	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: () / 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): () %				
	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): ()						

告示番号 15 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

骨髓検査	骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
病理検査	骨髓生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 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: ()
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 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): ()%
	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): ()

骨髓検査	骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
病理検査	骨髓生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 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: ()
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	免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 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]
	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]
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 ()