

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"/> 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								
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]			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): () %						
	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: ()							
骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)					
	所見: ()							
病理検査	骨髄生検: [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 (_____)