

告示番号		41		血液疾患 ()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3		
病名	27 先天性無巨核球形血小板減少症						受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()					
	資格取得年月日		年	月	日							
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()					
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数		在胎 週		日					
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満 歳		か月 日			
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	%		
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 (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												
最終受診日	(年 月 日)											
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): ()								
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 (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								
	ヘモグロビンF (HbF): ()%	平均赤血球容積 (MCV): ()fL	平均血小板容積 (MPV): ()fL									
	血小板数: ()×10 ⁴ /μL	PT: ()秒 ・ %	PT-INR: ()	APTT: ()秒								
	LDH: ()U/L	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: ()											
血液検査	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: ()											
血液検査	末梢血白血球形態異常: [なし ・ あり]											
	所見: ()											
	自己抗体 (その他): ()											
	所見: ()											
骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)										
	赤芽球系: ()%	顆粒球系: ()%	単球系: ()%	リンパ球系: ()%								
	芽球系: ()%	有核細胞数: ()×10 ⁴ /μL	巨核球数: ()/mL									
	造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [なし ・ あり]	骨髄球系: [なし ・ あり]	巨核球: [なし ・ あり]									
病理検査	骨髄生検: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)										
	所見: ()											

告示番号	41	血液疾患 ()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	2/3
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		
	所見: ()				
	染色体検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		
遺伝学的検査	所見: ()				
	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): ()				
	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	
	ヘモグロビンF (HbF): ()%	平均赤血球容積 (MCV): ()fL	平均血小板容積 (MPV): ()fL		
	血小板数: ()×10 ⁴ /μL	PT: ()秒 ・ %	PT-INR: ()	APTT: ()秒	
	LDH: ()U/L	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: ()				
血液検査	自己抗体 (GP I b): [未実施 ・ 実施]	検査方法: ()			
	所見: ()				
	末梢血白血球形態異常: [なし ・ あり]				
	所見: ()				
末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり]					
所見: ()					
自己抗体 (その他): ()					
骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	赤芽球系: ()%	顆粒球系: ()%	単球系: ()%	リンパ球系: ()%	
	芽球系: ()%	有核細胞数: ()×10 ⁴ /μL	巨核球数: ()/mL		
造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [なし ・ あり]	骨髄球系: [なし ・ あり]	巨核球: [なし ・ あり]			
病理検査	骨髄生検: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	所見: ()				
遺伝学的検査	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	所見: ()				
	染色体検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
遺伝学的検査	所見: ()				
	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: ()				
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]			
薬物療法	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]				
薬物療法	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): ()			
移植	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定]	実施日: (年 月 日)			
	ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明]	移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明]			
	HLAアレル一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明]	HLA抗原一致度: [完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明]	ex vivo細胞除去: [未実施 ・ 実施 ・ 不明]		
前処置: ()					
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	
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 ()				

告示番号	41	血液疾患	()	年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	3/3
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	
医療機関所在地		診断年月日		年	月	日	
電話番号							
		診療科					
		医師名					
		小児慢性特定疾病 指定医番号	()	

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日