

病名	<b>27 先天性無巨核球形血小板減少症</b>										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	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: ( ) / $\mu$ 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 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: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L      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: ( )												
	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): ( )												
骨髓検査	骨髓検査: [ 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: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L      巨核球数: ( ) /mL 造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [ なし ・ あり ]      骨髓球系: [ なし ・ あり ]      巨核球: [ なし ・ あり ]												
病理検査	骨髓生検: [ 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 (継続申請用) **2/2**

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 ) 所見: ( )
	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: ( )
-----	-----------------------------

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 ] 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 ]
	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 アリル一致度: [ 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

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 ( )		