

告示番号 **24** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **1/2**

病名	29 周期性血小板減少症					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	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]			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									
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(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					
	平均赤血球容積(MCV):()fL	血小板数:()×10 ⁴ /μL	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):()%	直接Coombs試験:[陰性・陽性・不明]						
	抗血小板自己抗体:[未実施・実施]								
	検査方法:()								
所見:()									
骨髄検査	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:()									
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						
所見:()									

告示番号 **24** 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**

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: ()
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 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): ()% 直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明]
	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): ()
骨髄検査	骨髄検査: [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: ()
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): ()
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()