

病名 29 周期性血小板減少症		受給者番号		受診日		年 月 日		受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
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													
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: () / 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		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): ()											
骨髓検査		骨髓検査: [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

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: ()×10⁴/μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL
 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血小板数: ()×10⁴/μL 血小板表面結合IgG (PA IgG): ()ng/10⁷cells
 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]

血液検査 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 (印)
 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()