

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------------|--------------------------------|---------------------------------|---|-----------------------------|---------------|------------------|--|--|
| 病名 | 30 メイ・ヘグリン (May-Hegglin) 異常症 | | | | | 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 | | 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 | | | | | | | | | | | |
| 症状 | 全身 | 高血圧: [なし ・ あり] | | | | 浮腫: [なし ・ あり] | | | | | |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑: [なし ・ あり] | | | | 紫斑: [なし ・ あり] | | | | | |
| | 精神・神経 | 精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] | | | | | | | | | |
| | 腎・泌尿器 | 血尿: [なし ・ あり] | | | | 腎機能低下: [なし ・ あり] | | | 蛋白尿: [なし ・ あり] | | |
| | 耳鼻咽喉 | 難聴: [なし ・ あり] | | | | 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 | 高血圧: [なし ・ あり] | | | | 浮腫: [なし ・ あり] | | | | | |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑: [なし ・ あり] | | | | 紫斑: [なし ・ あり] | | | | | |
| | 精神・神経 | 精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] | | | | | | | | | |
| | 腎・泌尿器 | 血尿: [なし ・ あり] | | | | 腎機能低下: [なし ・ あり] | | | 蛋白尿: [なし ・ あり] | | |
| | 耳鼻咽喉 | 難聴: [なし ・ あり] | | | | 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 | | 平均血小板容積 (MPV): () fL | | 血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L | | | | | | |
| 末梢血白血球形態異常: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| 所見: () | | | | | | | | | | | |
| 血小板機能検査: [未実施 ・ 実施] | | | | | | | | | | | |
| 検査方法: () | | | | | | | | | | | |
| 所見: () | | | | | | | | | | | |
| 骨髓検査 | 骨髓検査: [未実施 ・ 実施] | | | | 実施日: (年 月 日) | | | | | | |
| 所見: () | | | | | | | | | | | |
| 遺伝学的検査 | 染色体検査 (骨髓): [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): () | | | | | | | | | | |

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：()% 好酸球：()% 平均赤血球容積 (MCV)：()fL | リンパ球：()% 網赤血球：()% 赤血球数：()×10 ⁴ /μL | 単球：()% ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 血小板数：()×10 ⁴ /μL |
| | 末梢血白血球形態異常：[なし ・ あり] 所見：() | | |
| | 血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：() | | |

| | |
|------|--|
| 骨髓検査 | 骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：() |
|------|--|

| | |
|--------|--|
| 遺伝学的検査 | 染色体検査 (骨髓)：[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：() ステロイド薬：[なし ・ あり] |
|------|--|

| | |
|------|--|
| 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] |
|------|--|

| | |
|------|--|
| 血液浄化 | 腹膜透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] |
| | 血液透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] |

| | |
|----|--------------|
| 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 | () | | |