

病名	30 メイ・ヘグリン (May-Hegglin) 異常症					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						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
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	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 (申請時) ※直近の状況を記載											
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: ()										
骨髄検査	血小板機能検査: [未実施 ・ 実施]										
	検査方法: () 所見: ()										
遺伝学的検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施]					実施日: (年 月 日)					
	所見: ()										
	染色体検査 (骨髄): [未実施 ・ 実施]					実施日: (年 月 日)					
染色体検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施]					実施日: (年 月 日)					
	所見: ()										
遺伝子検査	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 (印)

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()