

告示番号		49		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3	
病名	31 本態性血小板血症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)						
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数	在胎 週		日							
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か		月		日	
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
症状	全身	易感染性: [なし ・ あり]					血栓症: [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]				
	その他	症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	易感染性: [なし ・ あり]					血栓症: [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]				
	その他	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	平均血小板容積 (MPV): ()fL	血小板数: ()×10 ⁴ /μL										
	フィブリノゲン: ()mg/dL	LDH: ()U/L											
	血小板機能検査: [未実施 ・ 実施]												
	検査方法: ()												
	所見: ()												
骨髄検査	骨髄検査: [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: ()×10 ⁴ /μL											
病理検査	骨髄生検: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)											
	所見: ()												
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)											
	所見: ()												
	CT検査 (肝): [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: ()												
	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): ()												

告示番号 **49** 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/3**

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 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL フィブリノゲン：()mg/dL LDH：()U/L
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()
骨髄検査	骨髄検査：[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：()×10 ⁴ /μL
病理検査	骨髄生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	CT検査 (肝)：[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：()
	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：()
既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	免疫抑制薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 抗腫瘍薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() ステロイド薬：[なし ・ あり]
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
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 ()
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
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日
電話番号	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日