

病名	33 血小板無力症					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 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											
現在の生活状態	社会活動: [制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他): () 日常生活: [制限なし ・ 制限あり]										
症状	全身	易感染性: [なし ・ あり]				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 (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						
	PT: ()秒 ・ %		PT-INR: ()		APTT: ()秒						
	フィブリノゲン: ()mg/dL		出血時間: ()分		第Ⅶ因子活性: ()%		第Ⅸ因子活性: ()%				
	凝固因子活性 (その他): ()		インヒビター: ()BU		VWF 抗原量 (VWF:Ag): ()%		リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo): ()%				
	FCM (GPIb/IX/V複合体): [未実施 ・ 実施]										
	所見: ()										
	血小板機能検査: [未実施 ・ 実施]										
	検査方法: ()										
	所見: ()										
細胞表面抗原検査	細胞表面抗原検査: [未実施 ・ 実施]										
	所見: ()										
遺伝学的検査	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: ()
既往歴	血栓または出血の既往: [なし ・ あり]
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: () 再発予防法: [なし ・ あり] 詳細: () ステロイド薬: [なし ・ あり] 抗線溶療法: [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]
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 ()