

病名 34 血小板放出機構異常症		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	
出生体重		g		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)		体重 (測定日)	
年 月 日		年 月 日		年 月 日	
発病時期		年 月 頃		初診日	
年 月 日		年 月 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	
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		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					
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]	
	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]			
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]	
	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]			

告示番号 **11** 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

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		
	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: ()				
骨髓検査	骨髓検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	所見: ()				
病理検査	骨髓生検: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	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): ()				

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: ()				
骨髓検査	骨髓検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	所見: ()				
病理検査	骨髓生検: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	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 ()	