

病名	35 32から34までに掲げるもののほか、血小板機能異常症 (具体的な疾病名:)	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	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

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	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]
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [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	小奇形: [なし ・ あり] 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	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]
	筋・骨格	四肢・骨格奇形: [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	小奇形: [なし ・ あり] 歯肉出血: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()	

告示番号 **14** 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)：()%		
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]				
	検査方法：()				
	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)：()%		
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]				
	検査方法：()				
	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 ()	