

告示番号 **14** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **1/2**

|                        |   |  |                             |  |  |                  |     |
|------------------------|---|--|-----------------------------|--|--|------------------|-----|
| 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   |  |                             | 受付種別                                   | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 転入 → ( ) |                  |     |
| 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日   |  |                             |  |  |                  |     |
| 氏名                     | (セイメイ)<br>(姓名)  |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)        | (セイメイ)<br>(姓名)                         |  |                  |     |
| 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<br>(測定日)   | cm ( SD)   |                             | 体重<br>(測定日)                            | kg ( SD)   |                  | BMI |
|                        |   | 年 月 日  | 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 (申請時) ※直近の状況を記載   |   |  |                             |  |  |                  |     |
| 具体的な疾病名                | ( )   |  |                             | 最終受診日                                  | ( 年 月 日 )  |                  |     |
| 症状                     | 全身  | 易感染性: [ なし ・ あり ]<br>貧血: [ なし ・ あり ]                   |                             |  |  |                  |     |
|                        | 皮膚・粘膜   | 出血斑: [ なし ・ あり ]<br>紫斑: [ なし ・ あり ]                    |                             |  |  |                  |     |
|                        | 消化器   | 黄疸: [ なし ・ あり ]<br>下血: [ なし ・ あり ]                     |                             | 肝腫大: [ なし ・ あり ]<br>消化管出血: [ なし ・ あり ] |  | 脾腫大: [ 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 ]<br>歯肉出血: [ なし ・ あり ]<br>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: ( )%<br>好酸球: ( )% 網赤血球: ( )% 赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL<br>平均赤血球容積 (MCV): ( )fL 平均血小板容積 (MPV): ( )fL 血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL<br>PT: ( )秒 ・ % PT-INR: ( ) APTT: ( )秒<br>フィブリノゲン: ( )mg/dL 出血時間: ( )分 第Ⅷ因子活性: ( )% 第Ⅸ因子活性: ( )%<br>凝固因子活性 (その他): ( )<br>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 ]<br>検査方法: ( )<br>所見: ( )   |  |                             |  |  |                  |     |
|                        | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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: ( )<br>再発予防法: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |