

告示番号		51		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		30 メイ・ヘグリン（May-Hegglin）異常症										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	高血圧：[なし ・ あり]										浮腫：[なし ・ あり]			
			出血斑：[なし ・ あり]										紫斑：[なし ・ あり]			
			精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]													
			血尿：[なし ・ あり]										腎機能低下：[なし ・ あり]		蛋白尿：[なし ・ あり]	
			難聴：[なし ・ あり]										鼻出血：[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	高血圧：[なし ・ あり]										浮腫：[なし ・ あり]			
			出血斑：[なし ・ あり]										紫斑：[なし ・ あり]			
			精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]													
			血尿：[なし ・ あり]										腎機能低下：[なし ・ あり]		蛋白尿：[なし ・ あり]	
			難聴：[なし ・ あり]										鼻出血：[なし ・ あり]			
			歯肉出血：[なし ・ あり] 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														
		末梢血白血球形態異常：[なし ・ あり] 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：()														
遺伝学的検査		染色体検査（骨髓）：[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）：()														

