

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）										1/3	
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"/> 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															
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] 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] 下血：[なし ・ あり]				肝腫大：[なし ・ あり] 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]													
症 状	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														
	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] 下血：[なし ・ あり]				肝腫大：[なし ・ あり] 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]														
症 状	その他	小奇形：[なし ・ あり] 歯肉出血：[なし ・ あり] 症状（その他）：()													

