

告示番号		41		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/3	
病名		27 先天性無巨核球性血小板減少症								受付種別		<div><input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名</div> <div><input type="checkbox"/> 転入 → ()</div>	
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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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		治癒 ・ 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													
最終受診日		(年 月 日)											
症 状		全身		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]					
		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] 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: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()‰ 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘモグロビンF (HbF): ()% 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 LDH: ()U/L 直接Coombs試験: [陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 血小板表面結合IgG (PA IgG): ()ng/10 ⁷ cells 網状血小板比率: ()% 網状血小板比率 (正常対照): ()%											
		抗血小板自己抗体: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()											
		自己抗体 (Gp II b/III a): [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()											
		自己抗体 (GP I b): [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()											
		末梢血白血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()											
		末梢血赤血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()											
		自己抗体 (その他): ()											
		骨髓検査		骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 赤芽球系: ()% 顆粒球系: ()% 単球系: ()% リンパ球系: ()% 芽球系: ()% 有核細胞数: ()×10 ⁴ /μL 巨核球数: ()/mL 造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [なし ・ あり] 骨髓球系: [なし ・ あり] 巨核球: [なし ・ あり]									
病理検査		骨髓生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()											

