

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		<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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (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 (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] 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]											
その他	小奇形:[なし ・ あり] 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 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Ⅷ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]											

