

告示番号		49		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		31 本態性血小板血症										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <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（） 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（ー）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	易感染性：[なし ・ あり] 血栓症：[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]															
	その他	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 フィブリノゲン：()mg/dL LDH：()U/L															
		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) 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															
病理検査		骨髓生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()															
画像検査		超音波検査（肝・脾）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()															
		CT検査（肝）：[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）：()															
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]															

