

告示番号		17		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		24 23に掲げるもののほか、血小板減少性紫斑病							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)				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													
具体的な疾病名		()					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 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 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)：()%												
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()												
	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：()												
	自己抗体 (その他)：()												
	赤血球特殊検査 HAMテスト：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]												
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
感染症免疫学的検査	ウイルス検査：[未実施 ・ 実施] 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：()												
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()												

