

告示番号		20		血液疾患		(		)		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）		1/2							
病名		25 血栓性血小板減少性紫斑病								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規									
受給者番号				受診日		年		月						日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)															
生年月日		年		月		日		意見書記載時の年齢		歳		か月		日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重				g		出生週数		在胎		週		日		出生時に住民登録をした所		(		) 都道府県 (		) 市区町村	
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	
発病時期		年		月		頃		初診日		年		月		日							
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 (																			
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（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																					
症状		全身		発熱：[ なし ・ あり ]								貧血：[ なし ・ あり ]								血栓症：[ 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		神経症状：[ なし ・ あり ]								脳出血：[ なし ・ あり ]									
		腎・泌尿器		血尿：[ なし ・ あり ]								腎機能低下：[ 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)：(																			
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
症状		全身		発熱：[ なし ・ あり ]								貧血：[ なし ・ あり ]								血栓症：[ 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		神経症状：[ なし ・ あり ]								脳出血：[ なし ・ あり ]									
		腎・泌尿器		血尿：[ なし ・ あり ]								腎機能低下：[ 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（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																					
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 <sup>4</sup> /μL				ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL							
		平均赤血球容積 (MCV)：( )fL				血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL				PT：( )秒 ・ %				PT-INR：( )							
		APTT：( )秒				フィブリノゲン：( )mg/dL				アンチトロンビン：( )%											
		出血時間：( )分				ADAMTS13活性：( )%				血清クレアチニン：( )mg/dL											
		血清直接ビリルビン (D-Bil)：( )mg/dL				血清間接ビリルビン (I-Bil)：( )mg/dL				LDH：( )U/L											
		血清ハプトグロビン：( )mg/dL・未実施																			
		抗ADAMTS13抗体：[ 未実施 ・ 実施 ]								判定：[ 陰性 ・ 陽性 ]											
		末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ]																			
		所見：(																			

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	20	血液疾患	(	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2
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）：( )					
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 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン（Hb）：( )g/dL 平均赤血球容積（MCV）：( )fL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL PT：( )秒 ・ % PT-INR：( ) APTT：( )秒 フィブリノゲン：( )mg/dL アンチトロンビン：( )% 出血時間：( )分 ADAMTS13活性：( )% 血清クレアチニン：( )mg/dL 血清直接ビリルビン（D-Bil）：( )mg/dL 血清間接ビリルビン（I-Bil）：( )mg/dL LDH：( )U/L 血清ハプトグロビン：( )mg/dL ・ 未実施					
	抗ADAMTS13抗体：[ 未実施 ・ 実施 ] 判定：[ 陰性 ・ 陽性 ]					
	末梢血赤血球形態異常：[ なし ・ あり ]					
	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 ]					
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 抗けいれん薬：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 再発予防法：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) ステロイド薬：[ なし ・ あり ]					
	抗体薬／分子標的薬：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( ) 治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]					
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ] 血小板輸血：[ なし ・ あり ] 頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]					
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[ 未実施 ・ 実施 ] 導入年月：( 年 月 ) 治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]					
	血液透析（慢性透析）：[ 未実施 ・ 実施 ] 導入年月：( 年 月 ) 治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]					
治療	治療（その他）：( )					
今後の治療方針	今後の治療方針：( )					
	治療見込み期間（入院） 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 治療見込み期間（外来） 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回／月					
医療機関・医師署名						
上記の通り診断します。						
医療機関名		記載年月日 年 月 日				
医療機関住所		診療科 医師名 (印)				
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )				