

告示番号		19		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		24 23に掲げるもののほか、血小板減少性紫斑病 (具体的な疾病名：)										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					
										肥満度		%			
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（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		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)：()													
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
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（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 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)：()															
細胞表面抗原検査		CD59陰性細胞比率 (フローサイトメトリー法)：[未実施 ・ 実施] 比率所見：()%													
		細胞表面抗原検査：[未実施 ・ 実施]													
		所見：()													
赤血球特殊検査		HAMテスト：[陰性 ・ 陽性 ・ 不明]													

受給者番号（		患者氏名（		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）		2/2	
告示番号	19	血液疾患（							
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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]								
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）：()								
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）：()%								
	抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()								
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()								
	自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()								
	自己抗体（GPⅠb）：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()								
	自己抗体（その他）：()								
細胞表面抗原検査	CD59陰性細胞比率（フローサイトメトリー法）：[未実施 ・ 実施] 比率所見：()% 細胞表面抗原検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()								
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）：()								
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：()								
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]								
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：() 免疫グロブリン大量療法：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ピロリ菌除去：[未実施 ・ 実施] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] ステロイド薬：[なし ・ あり]								
	サイトカイン類：[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]								
手術	脾摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 手術（その他）：()								
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（ ）									