

告示番号		20		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		25 血栓性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 → ()		
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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		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 (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 (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 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												
		遺伝学的検査												
		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)												
		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]												

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〈継続申請用〉										2/2	
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 ()									