

告示番号		18		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		23 免疫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																	
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動 (その他)：() 日常生活：[制限なし ・ 制限あり]															
症 状		皮膚・粘膜		発疹：[なし ・ あり]				出血斑：[なし ・ あり]				紫斑：[なし ・ あり]					
		消化器		下血：[なし ・ あり]				消化管出血：[なし ・ あり]									
		筋・骨格		関節痛：[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)：()%											
		抗血小板自己抗体：[未実施 ・ 実施]															
		検査方法：()															
		所見：()															
赤血球特殊検査		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]															
骨髓検査		検査方法：()															
		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：()															

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		18		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	
遺伝学的検査		染色体検査（骨髄）：[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		()	