

告示番号		19		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 (具体的な疾病名: )										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)				体重 (測定日)		kg ( SD)				BMI		
				年 月 日		年 月 日				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	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 <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 直接 Coombs 試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] 血小板表面結合 IgG (PA IgG): ( )ng/10 <sup>7</sup> 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: ( )															
	細胞表面抗原検査 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): ( )														

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	19	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
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		( )		