



受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	14	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：( )						
既往歴	血栓または出血の既往：[ なし ・ あり ]						
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：( ) 再発予防法：[ なし ・ あり ] 詳細：( ) ステロイド薬：[ なし ・ あり ] 抗線溶療法：[ なし ・ あり ]						
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 ]						
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	(	)