

告示番号		49		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		31 本態性血小板血症										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					
				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（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		易感染性：[ なし ・ あり ]						血栓症：[ 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 ]					
		その他		症状（その他）：( )											
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載															
症状		全身		易感染性：[ なし ・ あり ]						血栓症：[ 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 ]					
		その他		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 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL 平均赤血球容積 (MCV)：( )fL 平均血小板容積 (MPV)：( )fL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL フィブリノゲン：( )mg/dL LDH：( )U/L													
		血小板機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]													
		検査方法：( ) 所見：( )													
骨髓検査		骨髓検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 赤芽球系：( )% 顆粒球系：( )% 単球系：( )% リンパ球系：( )% 芽球系：( )% 有核細胞数：( )×10 <sup>4</sup> /μL													
病理検査		骨髓生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 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：( )													
		染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )													
		遺伝子検査：[ 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）：( )													

