

告示番号		15		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		26 血小板減少症 (脾機能亢進症によるものに限る。)								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													
診断		二次性の原因: ()											
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: () / μ L 好中球: () % リンパ球: () % 単球: () % 好酸球: () % 網赤血球: () % 赤血球数: () $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン (Hb): () g/dL 平均赤血球容積 (MCV): () fL 血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L 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: ()												
	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: ()												
	自己抗体 (その他): ()												
	骨髓検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()												
	骨髓生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()												
	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: ()													
検査所見 (その他)		検査所見 (その他): ()											

2021a-001

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()
-----	---------------------------

経過（申請時） ※直近の状況を記載

[illegible]

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

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			
	小児慢性特定疾病 指定医番号	()