

告示番号		16		血液疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3	
病名	23 免疫性血小板減少性紫斑病							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ( )		被保険者記号 ( )		被保険者番号 ( )		被保険者個人単位枝番 ( )						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)						
住所	郵便番号 ( - )		都道府県 ( )		市区町村 ( )		丁目番地等 ( )						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ( )		市区町村 ( )										
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日							
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か		月	日		
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	%			
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 (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													
最終受診日	( 年 月 日 )												
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): ( )											
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 (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	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): ( )%											
	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): ( )													
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )											
	検査法: ( )												
	所見: ( )												
骨髓検査	骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )											
	巨核球数: ( )/mL												
	造血細胞の形態異常: 赤芽球系: [ なし ・ あり ]	骨髓球系: [ なし ・ あり ]	巨核球: [ なし ・ あり ]										

告示番号 **16** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/3**

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): ( )
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): ( )%
	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): ( )
	赤血球特殊検査
骨髄検査	骨髄検査: [ 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
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 ( )
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
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日
電話番号	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日