

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		☐ 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) 年 月 日			体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日			BMI			
												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 ⁴ /μL		ヘモグロビン (Hb)：()g/dL							
		平均赤血球容積 (MCV)：()fL		血小板数：()×10 ⁴ /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 ² 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]					

