

告示番号 **17** 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                                 | 24 23に掲げるもののほか、血小板減少性紫斑病  |  |                               | 受付種別   | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 転入 → ( ) |                  |     |
| 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |  |                               |  |  |                  |     |
| 氏名                                 | (セイメイ)<br>(姓名)  |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)          | (セイメイ)<br>(姓名)                                   |  |                  |     |
| 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<br>(測定日)   | cm ( SD)                                   |                               | 体重<br>(測定日)                                      | kg ( SD)   |                  | BMI |
|                                    |   | 年 月 日                                      | 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 (申請時) ※直近の状況を記載               |   |  |                               |  |  |                  |     |
| 具体的な疾病名                            | ( )   |  |                               | 最終受診日  | ( 年 月 日 )  |                  |     |
| 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: ( )/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 |  |                  |     |
|                                    | 網状血小版比率: ( )%   | 網状血小版比率 (正常対照): ( )%                       |                               |  |  |                  |     |
|                                    | 血小板機能検査: [ 未実施 ・ 実施 ]   | 検査方法: ( )                                  |                               |  |  |                  |     |
|                                    | 所見: ( )   |  |                               |  |  |                  |     |
| 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                            | HAMテスト: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]  |  |                               |  |  |                  |     |
| 骨髓検査                               | 骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ]  |  | 実施日: ( 年 月 日 )                |  |  |                  |     |
| 所見: ( )                            |   |  |                               |  |  |                  |     |
| 感染症免疫学的検査                          | ウイルス検査: [ 未実施 ・ 実施 ]  |  |                               |  |  |                  |     |
| 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: ( )                            |   |  |                               |  |  |                  |     |
| 検査所見 (その他)                         | 検査所見 (その他): ( )   |  |                               |  |  |                  |     |

告示番号 **17** 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 ]<br>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: ( )<br>免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( )<br>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 ]<br>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 ]<br>ステロイド薬: [ なし ・ あり ] |
|                        | サイトカイン類: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( )<br>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 ]<br>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 )<br>治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]<br>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 )<br>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<br>医師名<br>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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |