

告示番号 15		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	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"/> 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)	
	年 月 日	年 月 日		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)					
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): ()						
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 (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 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): ()						
骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施]					
	実施日: (年 月 日)					
所見: ()						

告示番号	15	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
病理検査	骨髓生検: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
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 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 ⁷ cells		
	網状血小板比率: ()%	網状血小板比率 (正常対照): ()%			
血液検査	抗血小板自己抗体: [未実施 ・ 実施]	検査方法: ()			
	自己抗体 (Gp II b/III a): [未実施 ・ 実施]	検査方法: ()			
	自己抗体 (GP I b): [未実施 ・ 実施]	検査方法: ()			
	自己抗体 (その他): ()				
骨髓検査	骨髓検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
病理検査	骨髓生検: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
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	免疫抑制薬: [なし ・ あり]	薬剤名: ()			
	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]			
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)	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