

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		☐ 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)													
診断		二次性の原因：()													
症状	全身 皮膚・粘膜 消化器 精神・神経 腎・泌尿器 内分泌・代謝 耳鼻咽喉 その他	貧血：[なし ・ あり]													
		出血斑：[なし ・ あり]						紫斑：[なし ・ あり]							
		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]							
		脳出血：[なし ・ あり]													
		血尿：[なし ・ あり]													
		過多月経：[なし ・ あり]													
		鼻出血：[なし ・ あり]													
		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 皮膚・粘膜 消化器 精神・神経 腎・泌尿器 内分泌・代謝 耳鼻咽喉 その他	貧血：[なし ・ あり]													
		出血斑：[なし ・ あり]						紫斑：[なし ・ あり]							
		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]							
		脳出血：[なし ・ あり]													
		血尿：[なし ・ あり]													
		過多月経：[なし ・ あり]													
		鼻出血：[なし ・ あり]													
		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）：()													
		骨髓検査		骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)											
				所見：()											

