

告示番号		15		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		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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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 () 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		治癒 ・ 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														
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): ()													
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): ()%												
		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: ()												
病理検査		骨髓生検: [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: ()												
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]
	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]

[illegible]

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