

| 告示番号 <b>24</b>                          |   | 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                                      | <b>29 周期性血小板減少症</b>   |  |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |  |  |                      |                             |         |
| 氏名                                      | (セイメイ)<br>(姓)   |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)                             | (セイメイ)<br>(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<br>(測定日)   | cm ( SD )                                  |  | 体重<br>(測定日)          | kg ( SD )                   |         |
|   | 年 月 日   | 年 月 日                                      |  | 年 月 日                | BMI<br>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 ]     |                             |         |
|   |   | 下血: [ なし ・ あり ]                            |  | 脾腫大: [ 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 ]     |                             |         |
|   |   | 下血: [ なし ・ あり ]                            |  | 脾腫大: [ 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 <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              | 血小板表面結合IgG (PA IgG): ( )ng/10 <sup>7</sup> cells |                      |                             |         |
|   | 網状血小板比率: ( )%   | 網状血小板比率 (正常対照): ( )%                       | 直接Coombs試験: [ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ]                     |                      |                             |         |
|   | 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: ( )                                 |   |  |  |                      |                             |         |
| 遺伝学的検査                                  | 染色体検査 (骨髄): [ 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 <b>24</b> 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   |
|---|---|-------|
| 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：( )%<br>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<br>平均赤血球容積 (MCV)：( )fL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 血小板表面結合IgG (PA IgG)：( )ng/10 <sup>7</sup> cells<br>網状血小板比率：( )% 網状血小板比率 (正常対照)：( )% 直接Coombs試験：[ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明 ] |       |
|   | 抗血小板自己抗体：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査方法：( )<br>所見：( )   |       |
|   | 自己抗体 (Gp II b/III a)：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査方法：( )<br>所見：( )   |       |
|   | 自己抗体 (GP I b)：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>検査方法：( )<br>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 )<br>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 )<br>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 ]<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   |       |
|   | 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 ( )<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 |