

告示番号		49		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	31 本態性血小板血症							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <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 () 資格取得年月日 年 月 日												
氏名	(セイメイ) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (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 (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)												
症状	全身	易感染性: [なし ・ あり]			血栓症: [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]					
	その他	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		平均血小板容積 (MPV): ()fL		血小板数: ()×10 ⁴ /μL									
フィブリノゲン: ()mg/dL		LDH: ()U/L											
血小板機能検査: [未実施 ・ 実施]													
検査方法: ()													
所見: ()													
骨髄検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)									
	赤芽球系: ()%		顆粒球系: ()%	単球系: ()%	リンパ球系: ()%								
芽球系: ()%		有核細胞数: ()×10 ⁴ /μL											
病理検査	骨髄生検: [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: ()												
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: ()												
	染色体検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)									
所見: ()													
遺伝子検査	[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: ()												
既往歴	血栓または出血の既往: [なし ・ あり]												

告示番号 49 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	
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: () 抗腫瘍薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () ステロイド薬: [なし ・ あり]
移植	造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施 ・ 実施予定] 実施日: (年 月 日) ドナー: [血縁 ・ 非血縁 ・ 自家 ・ 不明] 移植細胞: [骨髄 ・ 末梢血 ・ 臍帯血 ・ 不明] HLA アリル一致度: [8/8 ・ 7/8 ・ 6/8 ・ 5/8以下 ・ 不明] HLA 抗原一致度: [完全一致 ・ 1座不一致 ・ 2座不一致 ・ 3座以上不一致 ・ 不明] ex vivo細胞除去: [未実施 ・ 実施 ・ 不明] 前処置: ()
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