

告示番号		53		血液疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/2							
病名		30 メイ・ヘグリン（May-Hegglin）異常症										受付種別		<input type="checkbox"/> 新規							
受給者番号				受診日		年		月		日											
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)														
生年月日		年		月		日		意見書記載時の年齢		歳		か月		日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重				g		出生週数		在胎		週		日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県		() 市区町村			
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD)				体重 (測定日)		kg (SD)				BMI		肥満度					
				年		月				日		年								月	
発病時期		年		月		頃		初診日		年		月		日							
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 ()																			
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																					
症状		全身		高血圧：[なし ・ あり]										浮腫：[なし ・ あり]							
		皮膚・粘膜		出血斑：[なし ・ あり]										紫斑：[なし ・ あり]							
		精神・神経		精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]																	
		腎・泌尿器		血尿：[なし ・ あり]										腎機能低下：[なし ・ あり]				蛋白尿：[なし ・ あり]			
		耳鼻咽喉		難聴：[なし ・ あり]										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																					
症状		全身		高血圧：[なし ・ あり]										浮腫：[なし ・ あり]							
		皮膚・粘膜		出血斑：[なし ・ あり]										紫斑：[なし ・ あり]							
		精神・神経		精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]																	
		腎・泌尿器		血尿：[なし ・ あり]										腎機能低下：[なし ・ あり]				蛋白尿：[なし ・ あり]			
		耳鼻咽喉		難聴：[なし ・ あり]										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 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL																			
		末梢血白血球形態異常：[なし ・ あり] 所見：()																			
		血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()																			
骨髓検査		骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																			
遺伝学的検査		染色体検査 (骨髓)：[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）：()																			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	53	血液疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）	2/2
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					
	末梢血白血球形態異常：[なし ・ あり] 所見：()					
	血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()					
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()					
遺伝学的検査	染色体検査（骨髓）：[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：()					
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：() ステロイド薬：[なし ・ あり]					
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] 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]					
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]					
	血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]					
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					
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			
医療機関住所			診療科			
			医師名 (印)			
			小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			