

告示番号		18		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		23 免疫性血小板減少性紫斑病										受付種別		<input type="checkbox"/> 新規							
受給者番号				受診日		年		月		日											
ふりがな						(変更があった場合)															
氏名						ふりがな															
(Alphabet)						(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							
				年						月		日		肥満度		%					
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（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																					
現在の生活状態		社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動（その他）：( ) 日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ]																			
症状		皮膚・粘膜		発疹：[ なし ・ あり ]										出血斑：[ なし ・ あり ]				紫斑：[ なし ・ あり ]			
		消化器		下血：[ なし ・ あり ]										消化管出血：[ なし ・ あり ]							
		筋・骨格		関節痛：[ 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																					
現在の生活状態		社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動（その他）：( ) 日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ]																			
症状		皮膚・粘膜		発疹：[ なし ・ あり ]										出血斑：[ なし ・ あり ]				紫斑：[ なし ・ あり ]			
		消化器		下血：[ なし ・ あり ]										消化管出血：[ なし ・ あり ]							
		筋・骨格		関節痛：[ 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 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 <sup>7</sup> 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）：( )																					
赤血球特殊検査		赤血球特殊検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 検査法：( ) 所見：( )																			
骨髓検査		骨髓検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 巨核球数：( )/mL 造血細胞の形態異常：赤芽球系：[ なし ・ あり ] 骨髓球系：[ なし ・ あり ] 巨核球：[ なし ・ あり ]																			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	18	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
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：( )									
検査所見（その他）	検査所見（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 <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 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 <sup>7</sup> 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：( )								
血液検査	自己抗体（GpⅡb／Ⅲa）：[ 未実施 ・ 実施 ]								
	検査方法：( )								
	所見：( )								
	自己抗体（GPⅠb）：[ 未実施 ・ 実施 ]								
検査方法：( )									
所見：( )									
自己抗体（その他）：( )									
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：(      年      月      日 )								
	検査法：( )								
	所見：( )								
骨髄検査	骨髄検査：[ 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：( )									
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：( )								
	免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( )								
	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 ]								
	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 ]								
輸血療法	ステロイド薬：[ なし ・ あり ]								
	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 ]								
	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 ]								
手術	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 ]								
	脾摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：(      年      月      日 )								
	治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]								
治療	手術（その他）：( )								
今後の治療方針	治療（その他）：( )								
	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 ( )									