

告示番号		43		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		27 先天性無巨核球形血小板減少症										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → （ ）	
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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI					
										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 (申請時) ※直近の状況を記載															
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 ヘモグロビンF (HbF)：()% 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 PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 LDH：()U/L 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：()													
		末梢血白血球形態異常：[なし ・ あり] 所見：()													
		末梢血赤血球形態異常：[なし ・ あり] 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) 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 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]											
病理検査				骨髓生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		43	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		
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：（ ）													
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]														
		ステロイド薬：[なし ・ あり]													
輸血療法	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]														
手術		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]													
手術		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] 手術（その他）：（ ）													
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 アリール一致度：[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													
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 （ ）															