

告示番号		26		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		29 周期性血小板減少症														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)				体重 (測定日)		kg (SD)				BMI		肥満度 %															
				年 月 日						年 月 日																					
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																															
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]										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 平均赤血球容積 (MCV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL 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)：()% 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)：()																													
		骨髓検査		骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																											
				染色体検査 (骨髓)：[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	26	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
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]						
	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]						
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]						
手術	脾摘手術：[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）：()						
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					
		小児慢性特定疾病 指定医番号 () (印)					