

告示番号		14		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		35 32から34までに掲げるもののほか、血小板機能異常症 (具体的な疾病名： )										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) 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															
症状		全身		易感染性：[ なし ・ あり ] 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 ]											
		筋・骨格		四肢・骨格奇形：[ 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		小奇形：[ なし ・ あり ] 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		易感染性：[ なし ・ あり ] 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 ]											
		筋・骨格		四肢・骨格奇形：[ 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		小奇形：[ なし ・ あり ] 歯肉出血：[ なし ・ あり ] 症状 (その他)：( )													

