

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）										1/3	
病名		25 血栓性血小板減少性紫斑病										受付種別		☐ 新規	
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）													
生年月日		年 月 日						性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日									
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳 か月 日								
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						年 月 日				肥満度	%	
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															
最終受診日		(年 月 日)													
症状	全身	発熱：[なし ・ あり]				貧血：[なし ・ あり]				血栓症：[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	神経症状：[なし ・ あり]				脳出血：[なし ・ あり]									
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]				腎機能低下：[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															
症状	全身	発熱：[なし ・ あり]				貧血：[なし ・ あり]				血栓症：[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	神経症状：[なし ・ あり]				脳出血：[なし ・ あり]									
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり]				腎機能低下：[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 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 PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL アンチトロンビン：()% 出血時間：()分 ADAMTS13活性：()% 血清クレアチニン：()mg/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL 血清間接ビリルビン (I-Bil)：()mg/dL LDH：()U/L 血清ハプトグロビン：()mg/dL・未実施														
	抗ADAMTS13抗体：[未実施 ・ 実施] 判定：[陰性 ・ 陽性]														
	末梢血赤血球形態異常：[なし ・ あり]														
	所見：()														

