

告示番号		41		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/3	
病名		27 先天性無巨核球性血小板減少症								受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 転入 → ()	
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
最終受診日		(年 月 日)											
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:()												

