

告示番号		24		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		☐ 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) (姓名)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)							
住所		郵便番号（ー）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（申請時） ※直近の状況を記載																	
最終受診日		(年 月 日)															
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：()															
遺伝学的検査		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）：()															

