

告示番号		51		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		30メイ・ヘグリン (May-Hegglin) 異常症								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 (-) 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)													
症 状		全身		高血圧: [なし ・ あり] 浮腫: [なし ・ あり]											
		皮膚・粘膜		出血斑: [なし ・ あり] 紫斑: [なし ・ あり]											
		精神・神経		精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
		腎・泌尿器		血尿: [なし ・ あり] 腎機能低下: [なし ・ あり] 蛋白尿: [なし ・ あり]											
		耳鼻咽喉		難聴: [なし ・ あり] 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 平均血小板容積 (MPV): ()fL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL													
		末梢血白血球形態異常: [なし ・ あり] 所見: ()													
		血小板機能検査: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()													
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: ()													
		染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()													
		遺伝子検査: [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): ()													
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: () ステロイド薬: [なし ・ あり]													

