

告示番号		12		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		33 血小板無力症										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)															
現在の生活状態		社会活動：[制限なし ・ 制限あり] 社会活動（その他）：(日常生活：[制限なし ・ 制限あり]															
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]															
	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 平均血小板容積 (MPV)：()fL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 フィブリノゲン：()mg/dL 出血時間：()分 第Ⅶ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性（その他）：(インヒビター：()BU VWF抗原量 (VWF:Ag)：()% リストセチン・コファクター活性 (VWF:RCo)：()%															
		FCM (GPIb／IX／V複合体)：[未実施 ・ 実施] 所見：()															
		血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：(所見：()															
細胞表面抗原検査		細胞表面抗原検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()															
遺伝学的検査		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：()
-----	---------------------------

既往歴	血栓または出血の既往：[なし ・ あり]
-----	------------------------

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：() 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：() ステロイド薬：[なし ・ あり] 抗線溶療法：[なし ・ あり]
------	---

輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
	血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]

治療	治療（その他）：()
----	-------------

今後の治療方針	今後の治療方針：（　　　　　　　　　　　　　　　　　）										
	治療見込み期間（入院）	開始日：	年	月	日	）	終了日：	年	月	日	）
	治療見込み期間（外来）	開始日：	年	月	日	）	終了日：	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 ()
---------	--

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。					
医療機関名	記載年月日	年	月	日	
医療機関所在地	診断年月日	年	月	日	
電話番号	診療科				
	医師名				
	小児慢性特定疾病 指定医番号	(		)	

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
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