

告示番号		16		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		23 免疫性血小板減少性紫斑病						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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり]				出血斑：[なし ・ あり]				紫斑：[なし ・ あり]			
	消化器	下血：[なし ・ あり]				消化管出血：[なし ・ あり]							
	筋・骨格	関節痛：[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 PT：()秒 ・ % PT-INR：() APTT：()秒 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：()												
	自己抗体 (その他)：()												
赤血球特殊検査	赤血球特殊検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検査法：() 所見：()												
骨髓検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
画像検査	超音波検査 (肝・脾)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
	CT検査 (肝)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												

