

告示番号		15		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 ベルナル・スーリエ（Bernard-Soulier）症候群										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → （ ）	
受給者番号				受診日		年 月 日									
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)									
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
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		%			
発病時期		年 月 頃		初診日		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 ()													
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															
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：()													

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	15	血液疾患	(	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2/2
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：()			
	ステロイド薬：[なし ・ あり]		抗線溶療法：[なし ・ あり]			
	再発予防法：[なし ・ あり]		薬剤名：()			
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：(
	治療見込み期間（外来）	開始日：(	年	月	日)	終了日：(
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				
医療機関住所		年 月 日				
		診療科				
		医師名				
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()				
		(印)				