

告示番号		30		血液疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/2							
病名		41 血友病B										受付種別		<input type="checkbox"/> 新規							
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)				体重 (測定日)		kg ( SD)				BMI							
				年						月		日		年		月		日		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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																					
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	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	下血：[ なし ・ あり ]										消化管出血：[ なし ・ あり ]									
	筋・骨格	四肢・骨格奇形：[ なし ・ あり ] 関節痛：[ なし ・ あり ]										関節内出血：[ なし ・ あり ]				筋肉内出血：[ 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 ]																			
	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)：( )																			
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	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	下血：[ なし ・ あり ]										消化管出血：[ なし ・ あり ]									
	筋・骨格	四肢・骨格奇形：[ なし ・ あり ] 関節痛：[ なし ・ あり ]										関節内出血：[ なし ・ あり ]				筋肉内出血：[ 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 ]																			
	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)：( )																			

