

病名	32 ベルナル・スーリエ (Bernard-Soulier) 症候群					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		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	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] 下血: [なし ・ あり]		肝腫大: [なし ・ あり] 消化管出血: [なし ・ あり]		脾腫大: [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): ()				
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] 下血: [なし ・ あり]		肝腫大: [なし ・ あり] 消化管出血: [なし ・ あり]		脾腫大: [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 (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

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): ()
------------	-----------------

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) 通院頻度: ()回/月

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
医療機関住所	診療科	
	医師名	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	