

病名	36 先天性フィブリノーゲン欠乏症										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		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	治療 ・ 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]					血栓症: [なし ・ あり]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]					紫斑: [なし ・ あり]			頭血腫: [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]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
	その他	臍出血: [なし ・ あり]					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]					血栓症: [なし ・ あり]						
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]					紫斑: [なし ・ あり]			頭血腫: [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]											
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]											
	その他	臍出血: [なし ・ あり]					歯肉出血: [なし ・ あり]						
症状 (その他): ()													

告示番号 31 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

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
	アンチトロンビン：()%	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)：()%	

血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]	
検査方法：()	
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
	アンチトロンビン：()%	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)：()%	

血小板機能検査：[未実施 ・ 実施]	
検査方法：()	
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：()	
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 (_____)