

告示番号 31		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	36 先天性フィブリノーゲン欠乏症			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	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]		
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			
	フィブリノーゲン: ()mg/dL	出血時間: ()分	第Ⅷ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)			
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: ()					

告示番号 **31** 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**

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
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 ()

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
医療機関所在地	診断年月日	年	月	日
電話番号	診療科			
	医師名			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
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