

病名	<b>36 先天性フィブリノーゲン欠乏症</b>					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)			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 (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): ( )											
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 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /μL						
PT: ( )秒 ・ %		PT-INR: ( )		APTT: ( )秒		フィブリノーゲン: ( )mg/dL					
アンチトロンピン: ( )%		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 ( )