

病名	37 先天性プロトロンビン欠乏症										受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
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]											
	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	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	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 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								
血液検査	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)									
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 ()		