

告示番号		33		血液疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	38 第V因子欠乏症							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			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	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 ]						
	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): ( )											
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 ]						
	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): ( )											

告示番号 <b>33</b> 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 <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)：( )%	
	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 <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)：( )%	
	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	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	