

告示番号 33		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	38 第V因子欠乏症			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 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]		
	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: () / μ L	好中球: () %	リンパ球: () %	単球: () %	
	好酸球: () %	網赤血球: () %	赤血球数: () $\times 10^4 / \mu$ L	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: () $\times 10^4 / \mu$ L		
	PT: () 秒 ・ %	PT-INR: ()	APTT: () 秒		
	フィブリノゲン: () 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) 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
医療機関住所

記載年月日 年 月 日

診療科
医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()