

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---------------------------|-------------|----------------------|---|-----------------------------|---|
| 病名 | 39 第Ⅶ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] | | | | | | |
| | 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] | | | | | | |
| | 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 (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 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)：() |
|------------|----------------|

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 () | |