

病名	40 血友病 A										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		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	関節内出血: [ なし ・ あり ]					筋肉内出血: [ なし ・ あり ]			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	関節内出血: [ なし ・ あり ]					筋肉内出血: [ なし ・ あり ]			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 29 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：( )% 好酸球：( )% 平均赤血球容積 (MCV)：( )fL PT：( )秒 ・ % アンチトロンビン：( )% 凝固因子活性 (その他)：( ) インヒビター：( )BU	好中球：( )% 網赤血球：( )% 平均血小板容積 (MPV)：( )fL PT-INR：( ) 出血時間：( )分	リンパ球：( )% 赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL APTT：( )秒 第Ⅶ因子活性：( )%	単球：( )% ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL フィブリノゲン：( )mg/dL 第Ⅸ因子活性：( )%	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：( )% 好酸球：( )% 平均赤血球容積 (MCV)：( )fL PT：( )秒 ・ % アンチトロンビン：( )% 凝固因子活性 (その他)：( ) インヒビター：( )BU	好中球：( )% 網赤血球：( )% 平均血小板容積 (MPV)：( )fL PT-INR：( ) 出血時間：( )分	リンパ球：( )% 赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL APTT：( )秒 第Ⅶ因子活性：( )%	単球：( )% ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL フィブリノゲン：( )mg/dL 第Ⅸ因子活性：( )%	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 ]
重症度分類	重症度 (血友病)：[ 軽症 (凝固因子活性5%以上40%未満) ・ 中等症 (凝固因子活性1%以上5%未満) ・ 重症 (凝固因子活性1%未満) ]

**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 ]
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
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 ( )