

病名 <b>42 第X因子欠乏症</b>		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 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	治療・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):( )				

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
	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 <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
	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 ( )	