

告示番号 <b>37</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)		1/3				
病名	<b>44 第Ⅱ因子欠乏症</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)				
住所	郵便番号 ( - ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )							
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地	都道府県 ( ) 市区町村 ( )							
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日				
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日				
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	%
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								
最終受診日	( 年 月 日 )							
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 **37** 血液疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/3**

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

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 ( )
---------	--

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
医療機関所在地	診断年月日	年	月	日
電話番号	診療科			
	医師名			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日