

病名	44 第Ⅷ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				
	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(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:()/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							
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 ()