

告示番号		38		血液疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2		
病名	45 第XIII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			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 ]												
	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: ( ) / $\mu$ L	好中球: ( ) %	リンパ球: ( ) %	単球: ( ) %	好酸球: ( ) %	網赤血球: ( ) %	赤血球数: ( ) $\times 10^4$ / $\mu$ L	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: ( ) $\times 10^4$ / $\mu$ L	PT: ( ) 秒 ・ %	PT-INR: ( )	APTT: ( ) 秒
	フィブリノゲン: ( ) mg/dL	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
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )