

病名	46 フォンウィルブランド (von Willebrand) 病					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		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 39 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：( )%	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
	アンチトロンビン：( )%	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
	アンチトロンビン：( )%	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 ( )	