

告示番号		40		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	47 36から46までに掲げるもののほか、先天性血液凝固因子異常					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		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										
具体的な疾病名	()				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]								
	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 40 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 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 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 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 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: () 抗線溶療法: [なし ・ あり]	
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。

告示番号 40 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 3/3	
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