

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 (具体的な疾病名:)					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	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(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:()/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					
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

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 ()