

告示番号		44		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	48 先天性プロテインC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		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	易感染性 : [なし ・ あり]		貧血 : [なし ・ あり]		DIC : [なし ・ あり]							
		血栓症 : [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	発疹 : [なし ・ あり]		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	神経症状 : [なし ・ あり]		脳出血 : [なし ・ あり]									
	腎・泌尿器	血尿 : [なし ・ あり]		腎機能低下 : [なし ・ あり]									
	内分泌・代謝	過多月経 : [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 : () / μ 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) : ()		プロテインC活性 : () % ・ 未実施		プロテインS活性 : () % ・ 未実施								
	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: () 抗凝固療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 再発予防法: [なし ・ あり] 薬剤名: ()
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 ()