

告示番号		45		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	49 先天性プロテインS欠乏症								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			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 (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	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) : ()										
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) : ()										

告示番号 **45** 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 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)：()			
	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)
	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)：()			
	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)
	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：()
	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 ()	