

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|---------------------|---|--|------------|-----|-----------|--|--|
| 病名 | 50 先天性アンチトロンビン欠乏症 | | | | | 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 | 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:()/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 | | | | | | | | | |
| | 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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()