

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------|--|----------|--|-----------------------------|------|----------------------|----------|------|---------------|--|-----------------|--|-----------------------------|---|
| 告示番号 | | 13 | | 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 | | 32 ベルナル・スーリエ（Bernard-Soulier）症候群 | | | | | | | | | | 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 | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 易感染性：[なし ・ あり] 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 | 黄疸：[なし ・ あり] 肝腫大：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[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] | | | | | | | | | | | | | |
| | 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] | | | | | | | | | | | | | |
| | 皮膚・粘膜 | 出血斑：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | |
| | 消化器 | 黄疸：[なし ・ あり] 肝腫大：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり] 下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[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] | | | | | | | | | | | | | |
| | 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）：() | | | | | | | | | | | | | |

