

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)		1/3				
病名		49 先天性プロテインS欠乏症								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] 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)：()														

