

告示番号		29		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		40 血友病A										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	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	下血：[ なし ・ あり ]						消化管出血：[ なし ・ あり ]							
	筋・骨格	関節内出血：[ なし ・ あり ]						筋肉内出血：[ なし ・ あり ]				関節痛：[ 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 ]													
	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	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	下血：[ なし ・ あり ]						消化管出血：[ なし ・ あり ]							
	筋・骨格	関節内出血：[ なし ・ あり ]						筋肉内出血：[ なし ・ あり ]				関節痛：[ 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 ]													
	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）：( )													



