

告示番号		37		血液疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2	
病名		44 第Ⅺ因子欠乏症						受付種別		<div><input type="checkbox"/> 継続      転出実施主体名</div> <div><input type="checkbox"/> 転入    → ( )</div>			
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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
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													
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 ]      血栓症：[ 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)：( )											
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 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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)：(      ) 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 ]											

