

告示番号		33		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		38 第Ⅴ因子欠乏症														受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()											
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 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				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)：()																											
		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]																											

