

告示番号		28		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		50 先天性アンチトロンビン欠乏症										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（ー）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) 年 月 日			体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日			BMI					
												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	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）：( )															
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）：( プロテインC活性：( )%・未実施 プロテインS活性：( )%・未実施 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 ]															

