

告示番号		41		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		47フォンウィルブランド (von Willebrand) 病								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()							
受給者番号				受診日		年		月								日			
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)													
生年月日		年		月		日		意見書記載時の年齢		歳		か月		日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定	
出生体重		g		出生週数		在胎		週		日		出生時に住民登録をした所		()		都道府県		() 市区町村	
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD)				体重 (測定日)		kg (SD)				BMI		肥満度			
				年		月				日		年								月		日		%
発病時期		年		月		頃		初診日		年		月		日					
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()																	
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																			
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]																	

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	41	血液疾患	(	)	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2/2
経過（申請時） ※ 直近の状況を記載							
薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 再発予防法：[なし ・ あり] 詳細：()						
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]						
治療	治療（その他）：()						
今後の治療方針	今後の治療方針：()						
	治療見込み期間（入院）	開始日：(	年	月	日)	終了日：(	年 月 日)
	治療見込み期間（外来）	開始日：(	年	月	日)	終了日：(	年 月 日) 通院頻度：()回／月
医療機関・医師署名							
上記の通り診断します。							
医療機関名					記載年月日	年	月 日
医療機関住所							
					診療科		
					医師名		(印)
					小児慢性特定疾病 指定医番号	()