

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		37 先天性フィブリノーゲン欠乏症										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → （ ）							
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							
				年						月		日		年		月		日		肥満度	
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 ] 血栓症：[ なし ・ あり ]																			
	皮膚・粘膜	出血斑：[ なし ・ あり ] 紫斑：[ なし ・ あり ] 頭血腫：[ 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	臍出血：[ なし ・ あり ] 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 フィブリノーゲン：( )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 ]																			
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：( )																			

受給者番号( ) 患者氏名( )

<b>告知番号</b>	<b>33</b>	<b>血液疾患</b>	(	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	<b>2/2</b>
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					
<b>医療機関・医師署名</b>						
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 (                                  )				