

告示番号		32		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 先天性プロトロンビン欠乏症								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
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]											
	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 : () / μ L		好中球 : () %		リンパ球 : () %		単球 : () %					
		好酸球 : () %		網赤血球 : () %		赤血球数 : () $\times 10^4 / \mu$ L		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 : () $\times 10^4 / \mu$ L							
		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]											
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 : ()											

2021a-001

告示番号	32	血液疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉										20210-001	2/2
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							
						小児慢性特定疾病 指定医番号		（		）			