

|  |       |  |  |  |  |   |  |           |  |                      |  |                             |  |              |  |         |  |               |  |        |  |
|--|-------|--|--|--|--|---|--|-----------|--|----------------------|--|-----------------------------|--|--------------|--|---------|--|---------------|--|--------|--|
| 告示番号                                   |       | 38   |  | 血液疾患                                     |  | (   |  | )         |  | 年度                   |  | 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）       |  | 1/2          |  |         |  |               |  |        |  |
| 病名                                     |       | 44 第XI因子欠乏症  |  |  |  |   |  |           |  | 受付種別                 |  | <input type="checkbox"/> 新規 |  |              |  |         |  |               |  |        |  |
| 受給者番号                                  |       |  |  | 受診日                                      |  | 年   |  | 月         |  |                      |  |                             |  |              |  | 日       |  |               |  |        |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet)               |       |  |  |  |  | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>身長・体重                           |       | 身長<br>(測定日)  |  | cm (                                     |  |   |  | SD)       |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg (                        |  |              |  | SD)     |  | BMI           |  |        |  |
|  |       |  |  | 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（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載 |       |  |  |  |  |   |  |           |  |                      |  |                             |  |              |  |         |  |               |  |        |  |
| 現在の生活状態                                |       | 社会活動：[ 制限なし ・ 制限あり ]<br>社会活動（その他）：( )<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ]  |  |  |  |   |  |           |  |                      |  |                             |  |              |  |         |  |               |  |        |  |
| 症<br>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 ]<br>症状（その他）：( )  |  |  |  |   |  |           |  |                      |  |                             |  |              |  |         |  |               |  |        |  |
| 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 ]<br>社会活動（その他）：( )<br>日常生活：[ 制限なし ・ 制限あり ]  |  |  |  |   |  |           |  |                      |  |                             |  |              |  |         |  |               |  |        |  |
| 症<br>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 ]<br>症状（その他）：( )  |  |  |  |   |  |           |  |                      |  |                             |  |              |  |         |  |               |  |        |  |

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

|  |   |    |  |         |  |    |  |                       |  |     |  |
|--|---|----|--|---------|--|----|--|-----------------------|--|-----|--|
| 告示番号   |   | 38 |  | 血液疾患（ ） |  | 年度 |  | 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用） |  | 2/2 |  |
| 検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載                           |   |    |  |         |  |    |  |                       |  |     |  |
| 血液検査   | 白血球数：（ ）/μL 好中球：（ ）% リンパ球：（ ）% 単球：（ ）%<br>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<br>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<br>PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒<br>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：（ ）%<br>凝固因子活性（その他）：（ ）<br>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 ]<br>検査方法：（ ）<br>所見：（ ）  |    |  |         |  |    |  |                       |  |     |  |
|  |   |    |  |         |  |    |  |                       |  |     |  |
| 遺伝学的検査   | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）<br>所見：（ ）  |    |  |         |  |    |  |                       |  |     |  |
| 検査所見（その他）  | 検査所見（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：（ ）%<br>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<br>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<br>PT：（ ）秒 ・ % PT-INR：（ ） APTT：（ ）秒<br>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：（ ）%<br>凝固因子活性（その他）：（ ）<br>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 ]<br>検査方法：（ ）<br>所見：（ ）  |    |  |         |  |    |  |                       |  |     |  |
|  |   |    |  |         |  |    |  |                       |  |     |  |
| 遺伝学的検査   | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）<br>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 ]<br>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：（ ）<br>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 ]<br>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 ）<br>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<br>医療機関住所 診療科<br>医師名 (印)<br>小児慢性特定疾病 指定医番号 （ ） |   |    |  |         |  |    |  |                       |  |     |  |