

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		35		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：（ ）% 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）：（ ）												
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]												
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 ）
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（								）	