

告示番号		31		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		41 血友病 A														受付種別		<input type="checkbox"/> 新規											
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（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 ] 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	関節内出血：[ なし ・ あり ]										筋肉内出血：[ なし ・ あり ]										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）：( )																											
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	関節内出血：[ なし ・ あり ]										筋肉内出血：[ なし ・ あり ]										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）：( )																											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		31		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 <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 <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 ]										
重症度分類	重症度（血友病）：[ 軽症（凝固因子活性5%以上40%未満） ・ 中等症（凝固因子活性1%以上5%未満） ・ 重症（凝固因子活性1%未満） ]										
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 ]										
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）										
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（				）			