

告示番号		33		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		37 先天性フィブリノーゲン欠乏症										受付種別		<input type="checkbox"/> 新規							
受給者番号				受診日		年		月		日											
ふりがな 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	
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] 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）：()																			
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）：()																			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		33		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 ）	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				（ ）							