

告示番号		30		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		51 先天性アンチトロンビン欠乏症										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	易感染性：[なし ・ あり] 貧血：[なし ・ あり] DIC：[なし ・ あり] 血栓症：[なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	発疹：[なし ・ あり] 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	神経症状：[なし ・ あり] 脳出血：[なし ・ あり]													
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり]													
	内分泌・代謝	過多月経：[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：()/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）：() プロテインC活性：()%・未実施 プロテインS活性：()%・未実施 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]													

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		30		血液疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		2/2	
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：() 抗凝固療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 再発予防法：[なし ・ あり] 薬剤名：()													
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 () (印)													