

告示番号		37		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		43 第X因子欠乏症																		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				治療 ・ 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		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)：( )																														
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 ]																													

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	37	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：( ) 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	(	)