

告示番号		34		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		38 先天性プロトロンビン欠乏症								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	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 ]											
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：( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	34	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						
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（			）					