

告示番号		13		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		32 ベルナル・スーリエ（Bernard-Soulier）症候群										受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 転入 → （ ）	
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓名)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)					
住所		郵便番号（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日						
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 %			
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															
最終受診日		(年 月 日)													
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]													
	皮膚・粘膜	出血斑：[なし ・ あり] 紫斑：[なし ・ あり]													
	消化器	黄疸：[なし ・ あり] 肝腫大：[なし ・ あり] 脾腫大：[なし ・ あり]													
		下血：[なし ・ あり] 消化管出血：[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]													
	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）：() 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）：()%													
		FCM（GPIb／IX／V複合体）：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
		血小板機能検査：[未実施 ・ 実施] 検査方法：() 所見：()													
細胞表面抗原検査		細胞表面抗原検査：[未実施 ・ 実施] 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：()													

