

告示番号		31		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		36 先天性フィブリノーゲン欠乏症								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 () 年 月 日		SD)		体重 (測定日)		kg () 年 月 日		SD)		BMI			
												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	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): ()															
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Ⅷ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: ()															

