

告示番号 32		血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3				
病名	37 先天性プロトロンビン欠乏症			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
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)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)				
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
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]						
	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): ()						
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): ()						

告示番号 32 血液疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/3
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載		
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)：()%	
	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)：()	
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)：()%	
	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：()	
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	
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 ()	
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
医療機関所在地	診断年月日	年 月 日
電話番号	診療科	
	医師名	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
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