

告示番号		35		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	42 第X因子欠乏症								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		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): ()											
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): ()											

告示番号 **35** 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