

| 告示番号 38 | | 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 | 45 第 XIII 因子欠乏症 | | | 受付種別 | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 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) | |
| | | 年 月 日 | 年 月 日 | | BMI | % |
| 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 | | | | | | |
| 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): () | | | | |
| 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) | | | |
| 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 |