

告示番号		39		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		46フォンウィルブランド (von Willebrand) 病								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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日				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]												

