

告示番号		45		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	49 先天性プロテインS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	易感染性: [なし ・ あり]			貧血: [なし ・ あり]			DIC: [なし ・ あり]				
		血栓症: [なし ・ あり]										
	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり]			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	神経症状: [なし ・ あり]			脳出血: [なし ・ あり]							
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]			腎機能低下: [なし ・ あり]							
	内分泌・代謝	過多月経: [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	易感染性: [なし ・ あり]			貧血: [なし ・ あり]			DIC: [なし ・ あり]				
		血栓症: [なし ・ あり]										
	皮膚・粘膜	発疹: [なし ・ あり]			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	神経症状: [なし ・ あり]			脳出血: [なし ・ あり]							
	腎・泌尿器	血尿: [なし ・ あり]			腎機能低下: [なし ・ あり]							
	内分泌・代謝	過多月経: [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 **45** 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Ⅷ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性 (その他)：() プロテインC活性：()% ・ 未実施 プロテインS活性：()% ・ 未実施 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：[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Ⅷ因子活性：()% 第Ⅸ因子活性：()% 凝固因子活性 (その他)：() プロテインC活性：()% ・ 未実施 プロテインS活性：()% ・ 未実施 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：[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：() 抗凝固療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 再発予防法：[なし ・ あり] 薬剤名：()
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