

告示番号		45		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	49 先天性プロテインS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)			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	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): ()												
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S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	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: () 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