

告示番号		28		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		50 先天性アンチトロンビン欠乏症										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（ー）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Ⅶ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 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]															

