様式第2-99号　　　　　　　99　先天性血液凝固因子欠乏症等　　　臨床調査個人票　　　　　　　　　　　（2.更新）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別（該当に○） | 男　女 | 生年月日（該当に○） | 明治　大正　昭和平成　令和 | 　　年　　　月　　　日（　　　　歳） |
|  　氏 名 |  |
|  　住 所 |  〒 　　 電話　　　　　　（　　　　　　） |  出　　　生 都道府県 |  |  発病時居住 都道府県 |  |
| 発病年月（該当に○） | 昭和　平成　令和年　　月　　日（満　　　歳） | 初診年月日（該当に○） | 昭和　平成　令和年　　月　　日 | 保険種別（該当に○） | 健保　船員　共済国保　国保組合後期高齢 |
|  身体障害者手帳 |  1.あり（等級　　　　級）　　　2.なし |  介護認定 | 1.要介護（要介護度　　　）2.要支援　　　3.なし |
|  　生活状況 |  社会活動（　1.就労　　2.就学　　3.家事労働　　4.在宅療養　　5.入院　　6.入所　　7.その他（　　　　　　　　　　　）) 日常生活（　1.正常　　2.やや不自由であるが独力で可能　　3.制限があり部分介助　　4.全面介助 ) |
|  最近６か月の 　受診状況 |  1.主に入院　 　2.入院と通院半々　　3.主に通院（　　　／月） 4.往診あり　 5.入通院なし 6.その他（ ） |
| **診断病名** |  |
|  診断の根拠となった以下の所見を、数値等を用い具体的に記載してください。 |
|  1.症状 |  |
|  2.理学的所見 |  |
|  3.検査所見 |  |
|  4.治療方法 （現在の治療 状況含む） |  |
|  医療機関所在地 〃名称 医師氏名 　　　 　　　　　　　　　　記載年月日　 令和 　　年　　 月　 　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 審査 | 入力 |

＊ここには記入しないでください。

2020-01

※他都道府県等ですでに申請され、今回転居等のため、新規に申請される場合は、初回診断時の所見も記入してください。 ※医療給付の対象疾患は、裏面のとおりです。

 １　第 Ⅰ 因子（フィブリノゲン）欠乏症

 ２　第 Ⅱ 因子（プロトロンビン）欠乏症

 ３　第 Ⅴ 因子（不安定因子）欠乏症

 ４　第 Ⅶ 因子（安定因子）欠乏症

 ５　第 Ⅷ 因子欠乏症（血友病Ａ）

 ６　第 Ⅸ 因子欠乏症（血友病Ｂ）

 ７　第 Ⅹ 因子（スチュアートプラウア）欠乏症

 ８　第ⅩⅠ因子（ＰＴＡ）欠乏症

 ９　第ⅩⅡ因子（ヘイグマン因子）欠乏症

 10　第ⅩⅢ因子（フィブリン安定化因子）欠乏症

 11　von willebrand（フォン・ヴィルブランド）病

 12　血液凝固因子製剤に起因するＨＩＶ感染症

※　12については、そのことが確認できる一定の書類を提出することにより、臨床調査個人票に代えることができます。