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　　　　　（~~1.新規~~ 2.更新）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | 性別 |  | | 生年月日 |  | | | |
| 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 |  | | 初診年月日 | | | |  | | | 保険種別 |  | |
| 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 　　　　 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。

2021-04

※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。