

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。