

| | | | | | | |
|--|--|-----------------|----------------------------|----------------|-----------------------------|---------------|
| 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。