

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( )							
<b>診断病名</b>								
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。