

■ 각 항목에 따른 질문에 √ 또는 답변을 적어주시면 감사하겠습니다.

환우의 인적사항

연령	만 세		성별	① 남 ② 여		
실거주지 주소						
직업			장애등록			
혈우병외 기타질환	ex. 당뇨, 결핵, 간질, B형 간염 등					
가족 관계	환우와의 관계	성명	생년월일	직업	혈우병유·무	기타
	환우의 친족(친가·외가 모두 포함) 중에 혈우병(출혈질환)을 가진 분이 있으시면 적어주세요 (ex. 외삼촌 : 혈우병 / 언니 : 본빌레브란트 병 등)					
	환우와의 관계	질환	환우와의 관계	질환	환우와의 관계	질환

정부의 희귀난치성질환 의료비 지원 사업: 보건소·건강보험공단 등록

혈우병은 정부의 희귀난치성질환으로 등록되어 의료비 지원을 받을 수 있으며, 의료비 지원을 받기 위해서는 보건소 등록을 하셔야 됩니다.

그리고 건강보험공단에서는 희귀난치성질환 등록 제도를 실시하여 혈우병으로 인한 입원,외래 본인부담금을 감면하는 제도를 시행중입니다.

보건소와 건강보험공단 희귀난치성질환제도에 현재 미등록 상황이라면 복지기획팀 상담에서 자세한 사항을 안내 받으실 수 있습니다.

1. 현재 보건소 등록 여부
- ① 등록했음 ② 등록하지 않음

사회복지법인 한국혈우재단 등록 신청서(의사용)

한국혈우재단은 혈우 환우들의 보람된 삶에 기여하기 위해 다양한 복지 지원, 의료 및 연구지원, 정책 건의를 하고 있습니다.

■ 환자 정보

성 명		생년월일	
진 단 명	<input type="checkbox"/> 진단명 : <input type="checkbox"/> 관련응고인자 활성도(최저치) : <input type="checkbox"/> 항체 검사 결과 : _____ , 미 실시 <input type="checkbox"/> 유전자 검사 결과 : _____ , 미 실시		
임상경과	<input type="checkbox"/> 첫 증상 : <input type="checkbox"/> 주된 출혈부위 : _____ , 없음 <input type="checkbox"/> 평균 출혈빈도 : 월 _____ 회, 연 _____ 회 <input type="checkbox"/> 혈우병성 관절병증 : 유, 무		
수 술 력			
기타검사	<input type="checkbox"/> HIV Ab (+ , - , 모름) <input type="checkbox"/> HCV Ab (+ , - , 모름) <input type="checkbox"/> HCV RNA PCR (+ , - , 모름) <input type="checkbox"/> HBs Ag/Ab (+ , - , 모름)		
치 료 력	<input type="checkbox"/> 응고인자제제(상품명) : <input type="checkbox"/> 유지요법 : 1차 유지요법, 2차 유지요법, 미 실시 <input type="checkbox"/> 면역관용요법(항체환자) : 성공, 부분적 성공, 실시 중, 미 실시 <input type="checkbox"/> 기타사항 :		

20 년 월 일

의사성명: _____ 서명:

소속기관:

E-MAIL :



한국혈우재단