

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|---|--|--|--------------------------------|----------|----------------------|--------------|------|-----------------------------|---------------|-----|--|
| 告示番号 | | 1 | | 脈管系疾患 | | () | | 年度 | | 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉 | | 1/2 | |
| 病名 | | 1 青色ゴムまり様母斑症候群 | | | | | | 受付種別 | | <input type="checkbox"/> 新規 | | | |
| 受給者番号 | | | | 受診日 | | 年 月 日 | | | | | | | |
| ふりがな | | | | (変更があった場合) | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | ふりがな | | | | | | | | | |
| (Alphabet) | | | | (Alphabet) | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年 月 日 | | 意見書記載時の年齢 | | 歳 か月 日 | | 性別 | | 男 ・ 女 ・ 性別未決定 | | | |
| 出生体重 | | g | | 出生週数 | | 在胎 週 日 | | 出生時に住民登録をした所 | | () 都道府県 () 市区町村 | | | |
| 現在の身長・体重 | | 身長 (測定日) | | cm (SD) | | 体重 (測定日) | | kg (SD) | | BMI | | | |
| | | | | | | | | | | 肥満度 | | % | |
| 発病時期 | | 年 月 頃 | | 初診日 | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 就学・就労状況 | | 就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校 (専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 () | | | | | | | | | | | |
| 手帳取得状況 | | 身体障害者手帳 | | なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級) | | | | | 療育手帳 | | なし ・ あり | | |
| | | 精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳) | | | なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級) | | | | | | | | |
| 現状評価 | | 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 | | | | | | 運動制限の必要性 | | なし ・ あり | | | |
| | | 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 | | | する ・ しない ・ 不明 | | 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 | | | | する ・ しない ・ 不明 | | |
| 臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載 | | | | | | | | | | | | | |
| 罹患部位 | | 頭部 : [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 顔面 : [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 口腔 : [なし ・ あり] 頸部 : [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 体幹 : [なし ・ あり] 会陰部 : [なし ・ あり] 鼠径部 : [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 上肢 : [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 下肢 : [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 部位 (その他) : () | | | | | | | | | | | |
| 症状 | 全身 | 貧血 : [なし ・ あり] 全身倦怠感 : [なし ・ あり] 疼痛 : (静脈奇形に関連する) : [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | 消化器 | 血便 : [なし ・ あり] 下血 : [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | 筋・骨格 | 運動障害 : [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | 皮膚・粘膜 | 皮膚・粘膜からの出血 : [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | その他 | 胸水 : [なし ・ あり] 腹水 : [なし ・ あり] 血胸 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : () | | | | | | | | | | | |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | |
| 罹患部位 | | 頭部 : [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 顔面 : [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 口腔 : [なし ・ あり] 頸部 : [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 体幹 : [なし ・ あり] 会陰部 : [なし ・ あり] 鼠径部 : [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 上肢 : [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 下肢 : [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 部位 (その他) : () | | | | | | | | | | | |
| 症状 | 全身 | 貧血 : [なし ・ あり] 全身倦怠感 : [なし ・ あり] 疼痛 : (静脈奇形に関連する) : [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | 消化器 | 血便 : [なし ・ あり] 下血 : [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | 筋・骨格 | 運動障害 : [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | 皮膚・粘膜 | 皮膚・粘膜からの出血 : [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | その他 | 胸水 : [なし ・ あり] 腹水 : [なし ・ あり] 血胸 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : () | | | | | | | | | | | |
| 検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載 | | | | | | | | | | | | | |
| 血液検査 | | ヘモグロビン (Hb) : () g/dL 平均赤血球容積 (MCV) : () fL 血清鉄 (Fe) : () mg/dL フェリチン : () ng/mL ・ 未実施 血小板数 : () × 10 ⁴ / μ L PT : () 秒 PT : () % PT-INR : () APTT : () 秒 FDP : () μ g/mL ・ 未実施 D-dimer : () μ g/mL ・ 未実施 異常を示した血液検査 (その他) : () | | | | | | | | | | | |
| 便検査 | | 便潜血 : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] | | | | | | | | | | | |
| 病理検査 | | 切除標本 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : () | | | | | | | | | | | |

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------|-----|----|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|
| 告示番号 | 1 | 脈管系疾患 | () | 年度 | 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉 | | | | | | | | | | 2/2 |
| 画像検査 | 超音波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 部位：() | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所見：() | | | | | | | | | | | | | | |
| | CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | |
| 部位：() | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所見：() | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内視鏡検査（消化管）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 部位：() | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所見：() | | | | | | | | | | | | | | | |
| 画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 部位：() | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所見：() | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査所見（その他） | 検査所見（その他）：() | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査所見（申請時） ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液検査 | ヘモグロビン（Hb）：()g/dL 平均赤血球容積（MCV）：()fL 血清鉄（Fe）：()mg/dL | | | | | | | | | | | | | | |
| | フェリチン：()ng/mL・未実施 血小板数：() × 10 ⁴ /μL PT：()秒 PT：()% | | | | | | | | | | | | | | |
| | PT-INR：() APTT：()秒 FDP：()μg/mL・未実施 D-dimer：()μg/mL・未実施 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 異常を示した血液検査（その他）：() | | | | | | | | | | | | | | |
| 便検査 | 便潜血：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] | | | | | | | | | | | | | | |
| 病理検査 | 切除標本：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 部位：() | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所見：() | | | | | | | | | | | | | | |
| 画像検査 | 超音波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 部位：() | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所見：() | | | | | | | | | | | | | | |
| | CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | |
| 部位：() | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所見：() | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内視鏡検査（消化管）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 部位：() | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所見：() | | | | | | | | | | | | | | | |
| 画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 部位：() | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所見：() | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査所見（その他） | 検査所見（その他）：() | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合併症 | 合併症：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | |
| | 詳細：() | | | | | | | | | | | | | | |
| 経過（申請時） ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬物療法 | 薬物療法：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | |
| 詳細：() | | | | | | | | | | | | | | | |
| 輸血療法 | 成分輸血療法：[なし ・ あり] 使用薬剤名：() | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術 | 外科的切除：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] | | | | | | | | | | | | | | |
| | 術式：() | | | | | | | | | | | | | | |
| 所見：() | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療 | 硬化療法：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] | | | | | | | | | | | | | | |
| | 使用薬剤名：() | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療（その他）：() | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今後の治療方針 | 今後の治療方針：() | | | | | | | | | | | | | | |
| | 治療見込み期間（入院） 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 治療見込み期間（外来） 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度 ()回／月 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関・医師署名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の通り診断します。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 記載年月日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関住所 診療科 (印) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 () | | | | | | | | | | | | | | | |