

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		1 青色ゴムまり様母斑症候群						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		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		治療 ・ 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 (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)：()											
		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 (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：()											
		超音波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
画像検査		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)：()											

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〈継続申請用〉	2/2
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		
					医師名		(印)
					小児慢性特定疾病 指定医番号	()