

告示番号		2		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		9 カサバツハ・メリット (Kasabach-Merritt) 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)		体重 (測定日)		kg (SD)		BMI			
				年 月 日				年 月 日		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 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	DIC : [なし ・ あり] 巨大血管腫 : [なし ・ あり] 部位 (四肢) : [なし ・ あり] 部位 (頭頸部) : [なし ・ あり] 部位 (体幹) : [なし ・ あり] 部位 (内臓) : [なし ・ あり] 部位 (その他) : ()											
	皮膚・粘膜	出血斑 : [なし ・ あり] 紫斑 : [なし ・ あり]											
	消化器	下血 : [なし ・ あり] 消化管出血 : [なし ・ あり]											
	精神・神経	頭蓋内出血 : [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	過多月経 : [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	鼻出血 : [なし ・ あり]											
	その他	歯肉出血 : [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	白血球数 : () / μ L 好中球 : () % リンパ球 : () % 単球 : () % 好酸球 : () % 網赤血球 : () ‰ 赤血球数 : () $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL 平均赤血球容積 (MCV) : () fL 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L PT : () 秒 ・ % PT-INR : () APTT : () 秒 FDP : () μ g/mL ・ 未実施 D-dimer : () μ g/mL ・ 未実施 フィブリンゲン : () mg/dL アンチトロンピン : () % 出血時間 : () 分												
	血小板機能検査 : [未実施 ・ 実施] 検査方法 : () 所見 : ()												
画像検査	超音波検査 (肝・脾) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()												
	CT 検査 (肝) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()												
	MRI 検査 (脳脊髄) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()												
	MRI 検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 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 : ()												

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	2	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
経過（申請時） ※直近の状況を記載							
薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 抗腫瘍薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 抗凝固療法：[なし ・ あり] 薬剤名：() ステロイド薬：[なし ・ あり] 抗血小板療法：[なし ・ あり] 抗線溶療法：[なし ・ あり] インターフェロン療法：[なし ・ あり]						
輸血療法	赤血球輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血：[なし ・ あり] 頻度：[1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]						
放射線療法	放射線療法：[未実施 ・ 実施]						
手術	塞栓術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 手術（その他）：()						
治療	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	()		