

告示番号		3		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 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		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 (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]							
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]							
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 /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: ()													

告示番号 **3** 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
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()