

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 (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)			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 (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 (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 <sup>4</sup> / 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 ( )