

病名	9 カサバツハ・メリット (Kasabach-Merritt) 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		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									
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	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): ()								
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 (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	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL PT: ()秒 ・ % PT-INR: () APTT: ()秒 FDP: ()μg/mL ・ 未実施 D-dimer: ()μg/mL ・ 未実施 フィブリノゲン: ()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: ()								

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 (新規申請用) **2/2**

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): ()

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL PT: ()秒 ・ % PT-INR: () APTT: ()秒 FDP: ()μg/mL ・ 未実施 D-dimer: ()μg/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: ()
-----	-----------------------------

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 ()