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	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

保険情報	保険者番号（　　）被保険者記号（　　）被保険者番号（　　）被保険者個人単位枝番（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）都道府県（　　）市区町村（　　）丁目番地等（　　）				
生年月日	年　　月　　日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県（　　）市区町村（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月 頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
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	%	
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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] 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：（　　）×10⁴/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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〉 2/2

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
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（　　）

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
医療機関所在地　　診断年月日　　年　　月　　日
電話番号

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号　（　　）有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号　（　　）被保険者記号　（　　） 被保険者番号　（　　）被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日