

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) 現象 (症候群)						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 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)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号 ( ) 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)		体重 (測定日)		kg ( SD)		BMI			
				年 月 日				年 月 日		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 )											
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 : ( )/μL 好中球 : ( )% リンパ球 : ( )% 単球 : ( )% 好酸球 : ( )% 網赤血球 : ( )% 赤血球数 : ( )×10 <sup>4</sup> /μL ヘモグロビン (Hb) : ( )g/dL 平均赤血球容積 (MCV) : ( )fL 血小板数 : ( )×10 <sup>4</sup> /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 アンチトロンビン : ( )% 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 : ( )											

