

告示番号		10		血液疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										1/2					
病名		31 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						(変更があった場合)													
氏名						ふりがな													
(Alphabet)						(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		治療 ・ 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 : () / μ L 好中球 : () % リンパ球 : () % 単球 : () % 好酸球 : () % 網赤血球 : () % 赤血球数 : () $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL 平均赤血球容積 (MCV) : () fL 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L PT : () 秒 ・ % PT-INR : () APTT : () 秒 FDP : () μ g/mL ・ 未実施 D-dimer : () μ g/mL ・ 未実施 フィブリノゲン : () 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 : ()																		

受給者番号（		患者氏名（		）		
告示番号	10	血液疾患（）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 フィブリノゲン：（ ）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：（ ）					
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 （ ）				