

告示番号		10		血液疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（継続申請用）										1/2	
病名		31 カサバツハ・メリット (Kasabach-Merritt) 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		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															
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 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 : ()														
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 : ()														

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		血液疾患		()		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		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 指定医療機関番号 ()						小児慢性特定疾病 指定医番号 ()					