

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〈新規申請用〉		1/2	
病名		1 青色ゴムまり様母斑症候群								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) 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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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													
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)：()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
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 (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		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：()×10 ⁴ /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：()											

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〈新規申請用〉										2/2
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）：()														
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：() × 10 ⁴ /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：()														
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														
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 ()															