

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)		1/3		
病名	1 青色ゴムまり様母斑症候群						受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
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												
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 ]			会陰部:	[ なし ・ あり ]			鼠径部:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		
	体幹:	[ なし ・ あり ]			下肢:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]						
	上肢:	[ 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 ]			会陰部:	[ なし ・ あり ]			鼠径部:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		
	体幹:	[ なし ・ あり ]			下肢:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]						
	上肢:	[ 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 <sup>4</sup> /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:	( )											

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)	2/3
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	血小板数: ( ) × 10 <sup>4</sup> /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: ( )			
	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	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
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 ( )						

<b>告示番号</b>	<b>3</b>	<b>脈管系疾患</b>	( )	<b>年度</b>		<b>小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉</b>	<b>3/3</b>
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