

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		☐ 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]															
		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:()															

