

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 (継続申請用)		1/2		
病名	1 青色ゴムまり様母斑症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)				
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										
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 ]				
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: ( ) $\times 10^4/\mu\text{L}$ PT: ( ) 秒 PT: ( ) % PT-INR: ( ) APTT: ( ) 秒 FDP: ( ) $\mu\text{g}/\text{mL}$ ・未実施 D-dimer: ( ) $\mu\text{g}/\text{mL}$ ・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
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 ( )

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