

病名	1 青色ゴムまり様母斑症候群										受付種別	☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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 (ー) 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] 症状 (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：()													

