

<b>告示番号</b>	<b>2</b>	<b>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)</b>		<b>1/3</b>
-------------	----------	--	--	------------

病名	9 カサバツハ・メリット (Kasabach-Merritt) 現象 (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 )							
症状	全身	DIC: [ なし ・ あり ]						
		巨大血管腫: [ なし ・ あり ]						
		部位 (四肢): [ なし ・ あり ] 部位 (頭頸部): [ なし ・ あり ] 部位 (体幹): [ なし ・ あり ] 部位 (内臓): [ なし ・ あり ]						
		部位 (その他): ( )						
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]		紫斑: [ なし ・ あり ]				
	消化器	消化管出血: [ なし ・ あり ]						
	精神・神経	頭蓋内出血: [ なし ・ あり ]						
内分泌・代謝	過多月経: [ なし ・ あり ]							
耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]							
その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ]		症状 (その他): ( )					
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
症状	全身	DIC: [ なし ・ あり ]						
		巨大血管腫: [ なし ・ あり ]						
		部位 (四肢): [ なし ・ あり ] 部位 (頭頸部): [ なし ・ あり ] 部位 (体幹): [ なし ・ あり ] 部位 (内臓): [ なし ・ あり ]						
		部位 (その他): ( )						
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]		紫斑: [ なし ・ あり ]				
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]		消化管出血: [ なし ・ あり ]				
	精神・神経	頭蓋内出血: [ なし ・ あり ]						
内分泌・代謝	過多月経: [ なし ・ あり ]							
耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]							
その他	歯肉出血: [ 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	白血球数: ( )/μL		好中球: ( )%	リンパ球: ( )%	単球: ( )%			
	好酸球: ( )%	網赤血球: ( )%	赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL				
	平均赤血球容積 (MCV): ( )fL	血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL	PT: ( )秒 ・ %					
	PT-INR: ( )	APTT: ( )秒	FDP: ( )μg/mL ・ 未実施					
	D-dimer: ( )μg/mL ・ 未実施	フィブリノゲン: ( )mg/dL	アンチトロンピン: ( )%					
	出血時間: ( )分							
	血小板機能検査: [ 未実施 ・ 実施 ]							
	検査方法: ( )							
	所見: ( )							

告示番号	2	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 (肝・脾) : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )	所見 : ( )		
	CT検査 (肝) : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )	所見 : ( )		
	MRI検査 (脳脊髄) : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )	所見 : ( )		
	MRI検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )	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	白血球数 : ( ) / $\mu$ L	好中球 : ( ) %	リンパ球 : ( ) %	単球 : ( ) %	好酸球 : ( ) %
	網赤血球 : ( ) %	赤血球数 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ L	ヘモグロビン (Hb) : ( ) g/dL	平均赤血球容積 (MCV) : ( ) fL	血小板数 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ L
血液検査	PT-INR : ( )	APTT : ( ) 秒	FDP : ( ) $\mu$ g/mL	アンチトロンピン : ( ) %	D-dimer : ( ) $\mu$ g/mL
	出血時間 : ( ) 分	フィブリノゲン : ( ) mg/dL	検査方法 : ( )		
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
画像検査	超音波検査 (肝・脾) : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )	所見 : ( )		
	CT検査 (肝) : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )	所見 : ( )		
	MRI検査 (脳脊髄) : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )	所見 : ( )		
	MRI検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日 : ( 年 月 日 )	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 ]				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	補充療法 : [ なし ・ あり ]	薬剤名 : ( )	免疫抑制薬 : [ なし ・ あり ]		
	抗腫瘍薬 : [ なし ・ あり ]	薬剤名 : ( )	抗凝固療法 : [ なし ・ あり ]		
輸血療法	赤血球輸血 : [ なし ・ あり ]	頻度 : [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	ステロイド薬 : [ なし ・ あり ]		
	血小板輸血 : [ なし ・ あり ]	頻度 : [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]	抗血小板療法 : [ なし ・ あり ]		
放射線療法	放射線療法 : [ 未実施 ・ 実施 ]				
手術	塞栓術 : [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]				
治療	手術 (その他) : ( )				
治療	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)	
就学・就労状況	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>2</b>	<b>脈管系疾患</b>	( )	年度	小児慢性特定疾病	<b>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