

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 (継続申請用)		1/2		
病名	9 カサバハ・メリット (Kasabach-Merritt) 現象 (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	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 )									
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 (申請時) ※直近の状況を記載										
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: ( )									
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 ]									
	詳細: ( )									

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 ] 薬剤名: ( ) 抗腫瘍薬: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( ) 抗凝固療法: [ なし ・ あり ] 薬剤名: ( ) ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 抗血小板療法: [ なし ・ あり ] 抗線溶療法: [ なし ・ あり ] インターフェロン療法: [ 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 ] 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 ]
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 ] 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) 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