

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 カサバツハ・メリット (Kasabach-Merritt) 現象 (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)				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 (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 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb) : ()g/dL 平均赤血球容積 (MCV) : ()fL 血小板数 : ()×10 ⁴ /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 アンチトロンビン : ()% 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 : ()											

