

83 母斑症 (マフチ症候群) 臨床調査個人票 (案) (1.新規)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年月日	1.明治 3.昭和	2.大正 4.平成	年	月	日生 歳	
氏名											
住所	郵便番号	電話 ()		出生都道府県	発病時在住都道府県						
発病年月	1.昭和 2.平成	年月 (満 歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成	年月日	保険種別	1.協 4.共	2.組 5.国	3.船 6.後		
身体障害者手帳	1.あり (等級 級) 2.なし		介護認定	1.要介護 (要介護度) 2.要支援 3.なし							
生活状況	社会活動 (1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他 ()) 日常生活 (1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)										
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明		受診状況 (最近6か月)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院 (/月) 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他 ()							

網掛け部分を患者さん (または代理の方) が記入してから医師にお持ちください。

該当の□にレ印を記入してください。 _____ 部には具体的に記述してください。

1 発症と経過

2 主要所見

軟骨形成不全 (多発性内軟骨腫)	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
多発性の血管腫 (多発性の海綿状血管腫)	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし

3 検査所見 (単純X線・CT・MRI・病理組織検査等) 実施した項目について、記載してください。

- ・ 単純X線 (検査年月日: 年 月 日) 所見 _____
- ・ CT・MRI (検査年月日: CT 年 月 日、MRI 年 月 日) 所見 _____
- ・ 病理組織検査 (検査年月日: 年 月 日) 所見 _____
- ・ その他の検査 () (検査年月日: 年 月 日) 所見 _____

4 鑑別除外診断

鑑別疾患 (以下の疾患を鑑別し、全て除外できるものを対象とします。)

以下の疾患を鑑別し、全て除外できる。 (除外不可の場合には、除外できない疾患の□に✓印を記入し、下記に除外できない理由を記載してください。)	<input type="checkbox"/> 全て除外可 <input type="checkbox"/> 除外不可
<input type="checkbox"/> Klippel-Weber 症候群 <input type="checkbox"/> 青色ゴム乳首様母斑症候群 <input type="checkbox"/> Proteus 症候群	

除外できない理由: _____

資料3-3(2)①

5 治療内容 (実施された治療内容及び今後の治療予定について、具体的に記載してください。)

医療機関名	医療機関コード
医療機関所在地	
担当医師 氏名	記載年月日: 平成 年 月 日

- (注) 1 病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、認定基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません (ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限り)。
 2 記入漏れのある場合、鑑別診断が不十分な場合、添付資料に不足がある場合等は認定できないことがあります。
 3 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。

◆母斑症 (マフチ症候群) の医療費助成認定基準◆

(診断基準)

以下の1から3までを全て満たすもの

- 1 軟骨形成不全 (多発性内軟骨腫) がある。
- 2 多発性の血管腫 (多発性の海綿状血管腫) がある。
- 3 以下の鑑別診断が除外できるもの
Klippel-Weber 症候群、青色ゴム乳首様母斑症候群、Proteus 症候群

(重症度分類等)

診断基準自体を重症度分類等とし、診断基準を満たすものを全て対象とする。

- ・ レックリングハウゼン病は、指定難病 34 「神経線維腫症」で申請してください。
- ・ スタージ・ウエーバー病は、指定難病 157 「スタージ・ウエーバー症候群」で申請してください。
- ・ ブーヌビュ・プリングル病 (結節性硬化症) は、指定難病 158 「結節性硬化症」で申請してください。
- ・ クリッペル・ウエーバー病は、指定難病 281 「クリッペル・トレノネー・ウエーバー症候群」で申請してください。

83 母斑症（マフチ症候群） 臨床調査個人票 （2.更新）

ふりがな																
氏名	性別		1.男 2.女	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年	月	日生	(満 歳)							
住所	郵便番号			電話番号 ()			出生都道府県	発病時在住都道府県								
発病年月	1.昭和 2.平成	年	月	(満 歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成	年	月	日	保険種別	1.協 2.組 3.船 4.共 5.国 6.後					
身障手帳	1.あり(等級 級) 2.なし		介護保険		1.あり(要介護度) 2.要支援 3.なし											
生活状況	社会活動 (1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他 ())							初回認定年月								
	日常生活 (1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)							1.昭和 年 月 2.平成 年 月								
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合(続柄)			受診状況 (最近1年)		1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院 (/月) 4.往診 5.入通院なし 6.その他 ()										
治療と経過 (具体的に記述)																
治療 (治療継続・治療中止・経過観察のみ・その他 ())																
<p>1 最近1年間に認めた所見</p> <table border="1"> <tr> <td>軟骨形成不全 (多発性内軟骨腫)</td> <td><input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし</td> </tr> <tr> <td>多発性の血管腫 (多発性の海綿状血管腫)</td> <td><input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし</td> </tr> </table> <p>2 検査所見 (単純X線・CT・MRI・病理組織検査等) 最近1年以内に実施していれば、記載してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> 単純X線 (検査年月日: 年 月 日) 所見 _____ CT・MRI (検査年月日: CT 年 月 日、MRI 年 月 日) 所見 _____ 病理組織検査 (検査年月日: 年 月 日) 所見 _____ その他の検査 () (検査年月日: 年 月 日) 所見 _____ <p>3 治療内容 (最近1年間に実施された治療内容及び今後の治療予定について、具体的に記載してください。)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>													軟骨形成不全 (多発性内軟骨腫)	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	多発性の血管腫 (多発性の海綿状血管腫)	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
軟骨形成不全 (多発性内軟骨腫)	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし															
多発性の血管腫 (多発性の海綿状血管腫)	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし															
医療上の問題点																
医療機関名						医療機関コード										
医療機関所在地																
担当医師 氏名						記載年月日: 平成 年 月 日										

網掛け部分を患者さん(または代理の方)が記入してから医師にお持ちください。

◆母斑症(マフチ症候群)の医療費等助成認定基準◆

(診断基準)

以下の1から3までを全て満たすもの

- 1 軟骨形成不全 (多発性内軟骨腫) がある。
- 2 多発性の血管腫 (多発性の海綿状血管腫) がある。
- 3 以下の鑑別診断が除外できるもの
Klippel-Weber 症候群、青色ゴム乳首様母斑症候群、Proteus 症候群

(重症度分類等)

上記診断基準に基づく審査により、当該疾病と診断されるものを重症例として対象とする。

- ・レックリングハウゼン病は、指定難病 34「神経線維腫症」で申請してください。
- ・スタージ・ウエーバー病は、指定難病 157「スタージ・ウエーバー症候群」で申請してください。
- ・ブーヌビュ・プリングル病 (結節性硬化症) は、指定難病 158「結節性硬化症」で申請してください。
- ・クリッペル・ウエーバー病は、指定難病 281「クリッペル・トレノネー・ウエーバー症候群」で申請してください。

(注) 1 病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、認定基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません (ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限り)。
2 記入漏れのある場合、鑑別診断が不十分な場合、添付資料に不足がある場合等は認定できないことがあります。
3 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。

裏面に医療費等助成認定基準があります。

受給者 番号												審 査
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------