

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 2.大正 3.昭和 4.平成	年 月 日	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 2.組 3.船 4.共 5.国 6.後	
身 体 障 害 者 帳 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	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院 ( /月) ありの場合 (続柄 ) (最近6か月) 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)

フリガナ 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 ( )	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
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 2.平成	
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 ( ))					
① 最近 1 年間に認めた所見					
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			
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。					
・ 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 _____					
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。)					
_____					
_____					
_____					
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		印	

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
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------

