

83 母斑症（マフチ症候群） 臨床調査個人票 (1.新規)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年月日	年 月 日		日生 (満 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	年 月 (満 歳)		初診年月日	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 ありの場合(続柄)		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()					

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: _____

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: 令和 年 月 日

※自筆または押印のこと

診断年月日: 令和 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です。)
- 2 診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- 3 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。
- 4 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。