

832 母斑症 (マフチ症候群) 臨床調査個人票 (2. 更新)

(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

ふりがな			性別	1. 男 2. 女	生 年 月 日	年 月 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	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)					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 ())

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

記載年月日: 令和 年 月 日

担当医師 氏名

※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)。
 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。