

告示番号		4		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		2 巨大静脈奇形						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
受給者番号				受診日		年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)								
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村				
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm ( SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		BMI				
										肥満度		%		
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日								
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )												
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		治癒 ・ 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														
罹患部位		頭部：[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			口腔：[ なし ・ あり ]			口唇：[ なし ・ あり ]			舌：[ なし ・ あり ]			
		頸部：[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			前頸部：[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			眼瞼：[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]						
		眼窩：[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			耳部：[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			頬部：[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]						
		顎部：[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			鼻部：[ なし ・ あり ]			咽頭／喉頭：[ なし ・ あり ]						
		胸部：[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			会陰部：[ なし ・ あり ]			鼠径部：[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]						
		腹部：[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			背部：[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			臀部：[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]						
		縦隔：[ なし ・ あり ]			腹腔内：[ なし ・ あり ]			後腹膜：[ なし ・ あり ]						
		肩：[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			上腕：[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			肘：[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]						
症状		全身		経口摂取困難：[ なし ・ あり ]			疼痛：[ なし ・ あり ]			出血傾向：[ なし ・ あり ]				
				腫脹 (病変部)：[ なし ・ あり ]			感染症 (病変部)：[ なし ・ あり ]							
		呼吸器・循環器		呼吸困難：[ なし ・ あり ]			呼吸障害：[ なし ・ あり ]			心機能低下：[ なし ・ あり ]			心不全：[ なし ・ あり ]	
				筋・骨格		運動障害：[ なし ・ あり ]								
		精神・神経		感覚障害：知覚低下：[ なし ・ あり ・ 不明 ]			知覚過敏：[ なし ・ あり ・ 不明 ]			疼痛：[ なし ・ あり ・ 不明 ]				
				感覚障害 (その他)：( 脳神経障害：[ なし ・ あり ]			自律神経障害：[ なし ・ あり ]			精神異常：[ なし ・ あり ]				
		眼		視力障害：[ なし ・ あり ]			視野障害：[ なし ・ あり ]							
				耳鼻咽喉		聴力障害：[ なし ・ あり ]			めまい：[ なし ・ あり ]			発声困難：[ なし ・ あり ]		
その他		整容障害：[ なし ・ あり ]												
		症状 (その他)：( )												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載														
病理検査		切除標本：[ 未実施 ・ 実施 ]			実施日：( 年 月 日 )									
		所見：( )												
画像検査		超音波検査：[ 未実施 ・ 実施 ]			実施日：( 年 月 日 )									
		部位：( )												
		所見：( )												
		単純X線検査：[ 未実施 ・ 実施 ]			実施日：( 年 月 日 )									
		部位：( )												
		所見：( )												
		CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ]			実施日：( 年 月 日 )									
		部位：( )												
検査所見 (その他)		画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ]			実施日：( 年 月 日 )									
		部位：( )												
検査所見 (その他)		所見：( )												
		検査所見 (その他)：( )												

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	4	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〉	2/2
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：( )						
経過（申請時） ※直近の状況を記載							
薬物療法	薬物療法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )						
輸血療法	成分輸血療法：[ なし ・ あり ] 血液製剤補充：[ なし ・ あり ] 使用薬剤名：( )						
呼吸管理	酸素療法：[ なし ・ あり ]                      非侵襲的陽圧換気療法：[ なし ・ あり ]                      気管切開管理：[ なし ・ あり ] 気管挿管：[ なし ・ あり ]                      人工呼吸管理：[ なし ・ あり ]						
栄養管理	中心静脈栄養：[ なし ・ あり ]                      経管栄養（腸瘻・胃瘻含む）：[ なし ・ あり ]						
手術	外科的切除：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 術式：( ) 所見：( )						
治療	硬化療法：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 使用薬剤名：( ) 塞栓術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 使用薬剤名：( ) レーザー凝固治療：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 治療（その他）：( )						
今後の治療方針	今後の治療方針：( ) 治療見込み期間（入院） 開始日：(      年      月      日 ) 終了日：(      年      月      日 ) 治療見込み期間（外来） 開始日：(      年      月      日 ) 終了日：(      年      月      日 ) 通院頻度 (      )回／月						
医療機関・医師署名							
上記の通り診断します。							
医療機関名				記載年月日	年	月	日
医療機関住所				診療科			
				医師名	(印)		
				小児慢性特定疾病 指定医番号	(      )		