

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 (新規申請用) 1/2

病名 2 巨大静脈奇形
受給者番号
受診日 年 月 日
受付種別
 新規

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) 年 月 日 cm ( SD)
体重 (測定日) 年 月 日 kg ( SD)
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
治療・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(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

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 ] 前額部: [ 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 ]
前腕: [ なし・左・右・両側 ] 手関節: [ なし・左・右・両側 ] 手: [ なし・左・右・両側 ]
手指: [ なし・左・右・両側 ]
股関節: [ なし・左・右・両側 ] 大腿: [ なし・左・右・両側 ] 膝: [ なし・左・右・両側 ]
下腿: [ なし・左・右・両側 ] 足関節: [ なし・左・右・両側 ] 足: [ なし・左・右・両側 ]
足趾: [ なし・左・右・両側 ]
部位(その他): ( )
罹患部位の大きさ(最大): [ 本人手掌の5倍以上・3倍以上5倍未満・2倍以上3倍未満・2倍未満・判定困難 ]

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): ( )

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 ] 前額部: [ 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 ]
前腕: [ なし・左・右・両側 ] 手関節: [ なし・左・右・両側 ] 手: [ なし・左・右・両側 ]
手指: [ なし・左・右・両側 ]
股関節: [ なし・左・右・両側 ] 大腿: [ なし・左・右・両側 ] 膝: [ なし・左・右・両側 ]
下腿: [ なし・左・右・両側 ] 足関節: [ なし・左・右・両側 ] 足: [ なし・左・右・両側 ]
足趾: [ なし・左・右・両側 ]
部位(その他): ( )
罹患部位の大きさ(最大): [ 本人手掌の5倍以上・3倍以上5倍未満・2倍以上3倍未満・2倍未満・判定困難 ]

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 (新規申請用) **2/2**

症状	全身	経口摂取困難: [ なし ・ あり ] 腫脹 (病変部): [ なし ・ あり ]	疼痛: [ なし ・ あり ] 感染症 (病変部): [ なし ・ あり ]	出血傾向: [ 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 ] 感覚障害 (その他): ( ) 脳神経障害: [ なし ・ あり ]	知覚過敏: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 自律神経障害: [ なし ・ あり ]	疼痛: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

病理検査	切除標本: [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )
画像検査	超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )
	単純X線検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )
	CTまたはMRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )
	画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )
検査所見 (その他)	検査所見 (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 ] 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )
画像検査	超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )
	単純X線検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )
	CTまたはMRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )
	画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )	

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 ] 気管挿管: [ なし ・ あり ]	非侵襲的陽圧換気療法: [ なし ・ あり ] 人工呼吸管理: [ なし ・ あり ]	気管切開管理: [ 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 \_\_\_\_\_  
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( ) \_\_\_\_\_