



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		
	小児慢性特定疾病 指定医番号	(    )	