

告示番号	6	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	4 クリッペル・トレノネー・ウェーバー (Klippel-Trénaunay-Weber) 症候群				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規					
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)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI		
		年	月	日		年	月	日	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 (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											
発症時期	発症時期: (年 月)										
罹患部位	胸部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		会陰部: [なし ・ あり]		腹部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]						
	背部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		臀部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]								
	上肢: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]										
	下肢: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]										
症状	毛細血管奇形(単純性血管腫・ポートワイン母斑): [なし ・ あり ・ 不明]										
	静脈奇形: [なし ・ あり ・ 不明]				動脈奇形: [なし ・ あり ・ 不明]						
	リンパ管奇形(リンパ管腫): [なし ・ あり ・ 不明]				リンパ管腫症(ゴーム病): [なし ・ あり ・ 不明]						
	一年間に数回程度の医療的処置を必要とする出血: [なし ・ あり]										
	月に1回程度輸血を要すほどの慢性貧血: [なし ・ あり]										
	出血死のリスク: [なし ・ 低い ・ 高い]										
	一年間に数回程度の医療的処置を必要とする感染・蜂窩織炎: [なし ・ あり]										
	敗血症のリスク: [なし ・ 低い ・ 高い]										
	疼痛 :日常生活に支障をきたすほどの痛み: [なし ・ あり]										
	運動障害: [なし ・ あり]										
筋・骨格	詳細: ()										
骨病変: [なし ・ あり] 部位: ()											
皮膚・粘膜	皮膚潰瘍: [なし ・ あり]										
その他	胸水・腹水・リンパ液等の体液の喪失: [なし ・ あり]										
疾病の治療とケアを必要とし、そのために保護者の仕事や社会的な活動が著しく制限され、保護者及び患者の生活の質が損なわれた状態か: [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	胸部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		会陰部: [なし ・ あり]		腹部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]						
	背部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		臀部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]								
	上肢: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]										
	下肢: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]										
症状	毛細血管奇形(単純性血管腫・ポートワイン母斑): [なし ・ あり ・ 不明]										
	静脈奇形: [なし ・ あり ・ 不明]				動脈奇形: [なし ・ あり ・ 不明]						
	リンパ管奇形(リンパ管腫): [なし ・ あり ・ 不明]				リンパ管腫症(ゴーム病): [なし ・ あり ・ 不明]						
	一年間に数回程度の医療的処置を必要とする出血: [なし ・ あり]										
	月に1回程度輸血を要すほどの慢性貧血: [なし ・ あり]										
	出血死のリスク: [なし ・ 低い ・ 高い]										
	一年間に数回程度の医療的処置を必要とする感染・蜂窩織炎: [なし ・ あり]										
	敗血症のリスク: [なし ・ 低い ・ 高い]										
	疼痛 :日常生活に支障をきたすほどの痛み: [なし ・ あり]										
	運動障害: [なし ・ あり]										
筋・骨格	詳細: ()										
骨病変: [なし ・ あり] 部位: ()											
皮膚・粘膜	皮膚潰瘍: [なし ・ あり]										
その他	胸水・腹水・リンパ液等の体液の喪失: [なし ・ あり]										
疾病の治療とケアを必要とし、そのために保護者の仕事や社会的な活動が著しく制限され、保護者及び患者の生活の質が損なわれた状態か: [なし ・ あり]											
症状 (その他): ()											

告示番号 **6** 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**

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] 実施日: (年 月 日)
	所見: ()
	嚢胞内液所見 (生化学検査等): [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: ()
	所見: ()
	血管造影: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: ()
	所見: ()
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: ()
	所見: ()
	遺伝学的検査
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
	所見: ()
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] 実施日: (年 月 日)
	所見: ()
	嚢胞内液所見 (生化学検査等): [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: ()
	所見: ()
	血管造影: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: ()
	所見: ()
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: ()
	所見: ()
	遺伝学的検査
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
	所見: ()
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: ()
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]
	詳細: ()

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	アルブミン製剤: [なし ・ あり]
	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: ()
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
リハビリテーション	複合的理学療法: 圧迫療法: [なし ・ あり]
	詳細: ()
	圧迫下運動療法: [なし ・ あり]
	詳細: ()
手術	外科的切除: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 回数: ()回
	術式: ()
	所見: ()
	硬化療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 使用薬剤名: () 回数: ()回/年
治療	塞栓術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 使用薬剤名: () 回数: ()回/年
	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 ()