

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〉		1/3			
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					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県 () 市区町村 ()													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月		日				
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 %	
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															
最終受診日		(年 月 日)													
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	全身	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 (ゴーハム病)：[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]													
	筋・骨格	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]													
	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	全身	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 (ゴーハム病)：[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]													
	筋・骨格	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]													
	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)：()														

