

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〉										1/3	
病名		2 巨大静脈奇形														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)																											
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]															
		顎部：[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]				前顎部：[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]																			
症状		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)：()																											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載		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)：()										自律神経障害：[なし ・ あり]				精神異常：[なし ・ あり]											
		眼		脳神経障害：[なし ・ あり]																									
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]													
		整容障害：[なし ・ あり]																											
その他		症状 (その他)：()																											

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
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