

告示番号		3		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	1 青色ゴムまり様母斑症候群						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 )												
罹患部位	頭部:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			顔面:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			口腔:	[ なし ・ あり ]			
	頸部:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			会陰部:	[ なし ・ あり ]			鼠径部:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			
	体幹:	[ なし ・ あり ]											
	上肢:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			下肢:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]							
	部位 (その他):	( )											
症状	全身	貧血:	[ なし ・ あり ]			全身倦怠感:	[ なし ・ あり ]			疼痛 (静脈奇形に関連する):	[ なし ・ あり ]		
	消化器	血便:	[ なし ・ あり ]			下血:	[ なし ・ あり ]						
	筋・骨格	運動障害:	[ なし ・ あり ]										
	皮膚・粘膜	皮膚・粘膜からの出血: [ なし ・ あり ]											
	その他	胸水:	[ なし ・ あり ]			腹水:	[ なし ・ あり ]			血胸:	[ 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 ]			顔面:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			口腔:	[ なし ・ あり ]			
	頸部:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			会陰部:	[ なし ・ あり ]			鼠径部:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			
	体幹:	[ なし ・ あり ]											
	上肢:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			下肢:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]							
	部位 (その他):	( )											
症状	全身	貧血:	[ なし ・ あり ]			全身倦怠感:	[ なし ・ あり ]			疼痛 (静脈奇形に関連する):	[ なし ・ あり ]		
	消化器	血便:	[ なし ・ あり ]			下血:	[ なし ・ あり ]						
	筋・骨格	運動障害:	[ なし ・ あり ]										
	皮膚・粘膜	皮膚・粘膜からの出血: [ なし ・ あり ]											
	その他	胸水:	[ なし ・ あり ]			腹水:	[ なし ・ あり ]			血胸:	[ 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													
血液検査	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL		平均赤血球容積 (MCV): ( )fL		血清鉄 (Fe): ( )mg/dL								
	フェリチン: ( )ng/mL・未実施		血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL		PT: ( )秒		PT: ( )%						
	PT-INR: ( )		APTT: ( )秒		FDP: ( )μg/mL・未実施		D-dimer: ( )μg/mL・未実施						
	異常を示した血液検査 (その他): ( )												
便検査	便潜血: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]												
病理検査	切除標本: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )										
	部位: ( )		( )										
	所見: ( )		( )										

告示番号	3	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)	2/3
画像検査	超音波検査: [ 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: ( )				
	内視鏡検査 (消化管): [ 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: ( )				
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					
血液検査	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL	平均赤血球容積 (MCV): ( )fl	血清鉄 (Fe): ( )mg/dL		
	フェリチン: ( )ng/mL・未実施	血小板数: ( ) × 10 <sup>4</sup> /μL	PT: ( )秒	PT: ( )%	
	PT-INR: ( )	APTT: ( )秒	FDP: ( )μg/mL・未実施	D-dimer: ( )μg/mL・未実施	
	異常を示した血液検査 (その他): ( )				
便検査	便潜血: [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]				
病理検査	切除標本: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )			
	部位: ( )				
	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: ( )				
	CTまたはMRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )			
	部位: ( )				
	所見: ( )				
	内視鏡検査 (消化管): [ 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: ( )				
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 ] 使用薬剤名: ( )				
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: ( )				
	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	
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 ( )				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		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

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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)					
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			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 ]						
	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 ]								
罹患部位	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 ]										
症状	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 ]						
			脳神経障害: [ 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 ]								
罹患部位	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)		2/3		
症状	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): ( )									
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: ( )							
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: ( )					
	画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		部位: ( )		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: ( )							
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: ( )					
	画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		部位: ( )		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: ( )									
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			
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 ( )											

<b>告示番号</b>	<b>4</b>	<b>脈管系疾患</b>	( )	年度	小児慢性特定疾病	<b>医療意見書〈新規申請用〉</b>	<b>3/3</b>
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				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

告示番号 **5** 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	<b>3 巨大動脈奇形</b>			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		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 )						
病型分類	Schönbinger分類: [ Stage I (平らで、赤みを呈する) ・ Stage II (雑音聴取される、脈拍を感じる、拡大傾向) ・ Stage III (疼痛、潰瘍、出血、感染を認める) ・ Stage IV (心不全になる) ・ 判定困難 ]						
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 ]						
症状	全身	成長障害: [ 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 ]					
	皮膚・粘膜	皮膚潰瘍: [ 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							
病型分類	Schönbinger分類: [ Stage I (平らで、赤みを呈する) ・ Stage II (雑音聴取される、脈拍を感じる、拡大傾向) ・ Stage III (疼痛、潰瘍、出血、感染を認める) ・ Stage IV (心不全になる) ・ 判定困難 ]						
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 ]						

告示番号		5		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)		2/3	
罹患部位		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 ]							
症状	全身	成長障害: [ 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 ]									
	皮膚・粘膜	皮膚潰瘍: [ 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): ( )								
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		病理検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		部位: ( )		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: ( )					
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		病理検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		部位: ( )		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: ( )					
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 ]		赤血球輸血: [ なし ・ あり ]		血小板輸血: [ なし ・ あり ]					
放射線治療		放射線治療: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]									
手術		手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]		実施日: ( 年 月 日 )		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	
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 ( )									



<b>告示番号</b>	<b>5</b>	<b>脈管系疾患</b>	( )	<b>年度</b>		<b>小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉</b>	<b>3/3</b>
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				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

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) (姓名)	以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)			
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 ]					
皮膚・粘膜	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 ]					
その他	詳細: ( )					
	骨病変: [ なし ・ あり ] 部位: ( )					
皮膚・粘膜 皮膚潰瘍: [ なし ・ あり ]						
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 ]					
皮膚・粘膜	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 ]					
その他	詳細: ( )					
	骨病変: [ なし ・ あり ] 部位: ( )					
皮膚・粘膜 皮膚潰瘍: [ なし ・ あり ]						
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) **2/3**

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: ( )
治療	硬化療法: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 使用薬剤名: ( ) 回数: ( )回/年
	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
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 ( )

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		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

告示番号		7		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	5 原発性リンパ浮腫							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	部位 (頭頸部): 頭部: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ] 顔面: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ] 頸部: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]												
	前胸部: [ なし ・ あり ]			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 ]									
	肩: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			上腕: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			前腕: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]						
	手指: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			手背: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			手掌: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]						
手首: [ 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 ]			足趾: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			足背: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]							
足底: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]													
症状	全身	感染症 (病変部): [ なし ・ あり ]					過去1年間の感染回数: ( )回/年						
	筋・骨格	関節拘縮: [ なし ・ あり ]											
	皮膚・粘膜	皮膚潰瘍: [ なし ・ あり ]		蜂窩織炎: [ なし ・ あり ]		皮膚の乾燥: [ なし ・ あり ]		皮膚血流障害: [ なし ・ あり ]					
	色素沈着: [ なし ・ あり ]		リンパ漏: [ なし ・ あり ]		白癬症等の皮膚感染症: [ なし ・ あり ]								
皮膚硬化: [ なし ・ あり ]		象皮症: [ なし ・ あり ]											
その他	症状 (その他): ( )												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
罹患部位	部位 (頭頸部): 頭部: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ] 顔面: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ] 頸部: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]												
	前胸部: [ なし ・ あり ]			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 ]									
	肩: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			上腕: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			前腕: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]						
	手指: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			手背: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			手掌: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]						
手首: [ 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 ]			足趾: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			足背: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]							
足底: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]													
症状	全身	感染症 (病変部): [ なし ・ あり ]					過去1年間の感染回数: ( )回/年						
	筋・骨格	関節拘縮: [ なし ・ あり ]											
	皮膚・粘膜	皮膚潰瘍: [ なし ・ あり ]		蜂窩織炎: [ なし ・ あり ]		皮膚の乾燥: [ なし ・ あり ]		皮膚血流障害: [ なし ・ あり ]					
	色素沈着: [ なし ・ あり ]		リンパ漏: [ なし ・ あり ]		白癬症等の皮膚感染症: [ なし ・ あり ]								
皮膚硬化: [ なし ・ あり ]		象皮症: [ なし ・ あり ]											
その他	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	
血液検査	血清総蛋白:( )g/dL 血清アルブミン:( )g/dL 異常を示した血液検査:( )
画像検査	超音波検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 部位:( ) 所見:( )
	CT検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 部位:( ) 所見:( )
	MRI検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 部位:( ) 所見:( )
	リンパ管造影:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 部位:( ) 所見:( )
	シンチグラフィ (リンパ管):[ 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	
血液検査	血清総蛋白:( )g/dL 血清アルブミン:( )g/dL 異常を示した血液検査:( )
画像検査	超音波検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 部位:( ) 所見:( )
	CT検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 部位:( ) 所見:( )
	MRI検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 部位:( ) 所見:( )
	リンパ管造影:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 部位:( ) 所見:( )
	シンチグラフィ (リンパ管):[ 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:( )
鑑別診断	二次性リンパ浮腫:[ なし ・ あり ] リンパ管腫 (リンパ管奇形):[ なし ・ あり ]
既往歴	既往歴:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細:( )
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
臨床経過	原病及び合併症による1年間の受診回数:( )回 原病及び合併症による1年間の入院回数:( )回
薬物療法	薬物療法:[ なし ・ あり ] 詳細:( )
リハビリテーション	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	外科的治療:[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 術式:( ) 所見:( )
治療	合併症に対する治療:[ なし ・ あり ] 詳細:( )
	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
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 ( )

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		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

告示番号		8		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	6 リンパ管腫					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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)						
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 ] 後頭部:[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ] 舌:[ なし ・ あり ]											
	頸部:[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ] 眼窩:[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ] 頬部:[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]											
	気道周囲 (病変の接触):[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]											
	部位 (体幹):肺:[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ] 腋窩:[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ] 上縦隔:[ なし ・ あり ] 下縦隔:[ なし ・ あり ] 腹腔内:[ なし ・ あり ] 後腹膜:[ なし ・ あり ]											
部位 (上肢):上肢:[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]												
部位 (下肢):下肢:[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]												
部位 (その他):( )												
症状	全身	経口摂取困難:[ なし ・ あり ]					感染症 (病変部):[ なし ・ あり ]					
	呼吸器・循環器	気管・気管支狭窄症状:[ なし ・ あり ]										
	筋・骨格	運動障害:[ なし ・ あり ]										
		詳細:( )										
	骨病変:[ なし ・ あり ] 部位:( )											
耳鼻咽喉	発声困難:[ なし ・ あり ]											
その他	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 ] 後頭部:[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ] 舌:[ なし ・ あり ]											
	頸部:[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ] 眼窩:[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ] 頬部:[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]											
	気道周囲 (病変の接触):[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]											
	部位 (体幹):肺:[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ] 腋窩:[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ] 上縦隔:[ なし ・ あり ] 下縦隔:[ なし ・ あり ] 腹腔内:[ なし ・ あり ] 後腹膜:[ なし ・ あり ]											
部位 (上肢):上肢:[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]												
部位 (下肢):下肢:[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]												
部位 (その他):( )												
症状	全身	経口摂取困難:[ なし ・ あり ]					感染症 (病変部):[ なし ・ あり ]					
	呼吸器・循環器	気管・気管支狭窄症状:[ なし ・ あり ]										
	筋・骨格	運動障害:[ なし ・ あり ]										
		詳細:( )										
	骨病変:[ なし ・ あり ] 部位:( )											
耳鼻咽喉	発声困難:[ なし ・ あり ]											
その他	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 ] 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:( )												



告示番号	8 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)			2/3
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: ( )
	画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	部位: ( )	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 )	部位: ( )	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 )	部位: ( )	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: ( )
	画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	部位: ( )	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: ( )			
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: ( )			
	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			
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 ( )			

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		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

告示番号		9		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	7 リンパ管腫症							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	胸腔内臓器：リンパ管腫様病変：[ なし ・ あり ]			胸腔内臓器：リンパ液貯留：[ なし ・ あり ]									
	詳細：( )												
	腹腔内臓器：リンパ管腫様病変：[ なし ・ あり ]			腹腔内：リンパ液貯留：[ なし ・ あり ]									
	詳細：( )												
	骨病変：[ なし ・ あり ]												
	詳細：( )												
	部位 (その他)：( )												
症状	全身	栄養障害：[ なし ・ あり ]					出血傾向：[ なし ・ あり ]						
	呼吸器・循環器	心機能低下：[ なし ・ あり ]					心不全：[ なし ・ あり ]			気管・気管支狭窄症状：[ なし ・ あり ]			
	消化器	脾臓病変：[ なし ・ あり ]											
	筋・骨格	骨溶解：[ 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 ]											
	症状 (その他)：( )												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
罹患部位	胸腔内臓器：リンパ管腫様病変：[ なし ・ あり ]			胸腔内臓器：リンパ液貯留：[ なし ・ あり ]									
	詳細：( )												
	腹腔内臓器：リンパ管腫様病変：[ なし ・ あり ]			腹腔内：リンパ液貯留：[ なし ・ あり ]									
	詳細：( )												
	骨病変：[ なし ・ あり ]												
	詳細：( )												
	部位 (その他)：( )												
症状	全身	栄養障害：[ なし ・ あり ]					出血傾向：[ なし ・ あり ]						
	呼吸器・循環器	心機能低下：[ なし ・ あり ]					心不全：[ なし ・ あり ]			気管・気管支狭窄症状：[ なし ・ あり ]			
	消化器	脾臓病変：[ なし ・ あり ]											
	筋・骨格	骨溶解：[ 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 ]											
	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	病理検査：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )										
	部位：( )												
	所見：( )												

告示番号 **9** 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) **2/3**

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: ( )
	画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 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	病理検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 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: ( )
	画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 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: ( )
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 ] 免疫グロブリン補充療法: [ 未実施 ・ 静注 ・ 皮下注 ] 薬物療法 (その他): ( )
輸血療法	成分輸血療法: [ なし ・ あり ]
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 ]
放射線治療	放射線治療: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]
手術	外科的切除: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 術式: ( ) 所見: ( ) 胸腔穿刺: [ なし ・ あり ] 腹腔穿刺: [ なし ・ あり ]
治療	硬化療法: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 使用薬剤名: ( ) 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
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 ( )

<b>告示番号</b>	<b>9</b>	<b>脈管系疾患</b>	( )	年度	小児慢性特定疾病	<b>医療意見書〈新規申請用〉</b>	<b>3/3</b>
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				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

告示番号	1	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	8 遺伝性出血性末梢血管拡張症		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)
	年 月 日	年 月 日	kg ( SD)
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 )	
	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
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		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 )		
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]		
症状	全身	DIC: [ なし ・ あり ] 血栓症: [ なし ・ あり ]	
		毛細血管拡張症: [ なし ・ あり ]	
		部位 (舌・口唇・口腔): [ なし ・ あり ]	部位 (手指): [ なし ・ あり ] 部位 (消化管): [ なし ・ あり ]
	消化器	動脈脈奇形: [ なし ・ あり ]	
		部位 (脳): [ なし ・ あり ]	部位 (脊髄): [ なし ・ あり ] 部位 (肺): [ なし ・ あり ] 部位 (肝臓): [ なし ・ あり ]
	下血: [ なし ・ あり ]	消化管出血: [ なし ・ あり ]	
	精神・神経	神経症状: [ なし ・ あり ] 脳出血: [ なし ・ あり ]	
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ] 腎機能低下: [ なし ・ あり ]	
	内分泌・代謝	過多月経: [ なし ・ あり ]	
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [ なし ・ あり ] SpO <sub>2</sub> (Room air): ( )%	
耳鼻咽喉	鼻出血 (反復性): [ なし ・ あり ] 頻度: [ 年に数回 ・ 月に数回 ・ 週に数回 ・ 毎日 ] 輸血の必要性: [ なし ・ あり ]		
その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )		
臨床所見 (申請時)	※直近の状況を記載		
現在の生活状態	社会活動: [ 制限なし ・ 制限あり ] 社会活動 (その他): ( ) 日常生活: [ 制限なし ・ 制限あり ]		
症状	全身	DIC: [ なし ・ あり ] 血栓症: [ なし ・ あり ]	
		毛細血管拡張症: [ なし ・ あり ]	
		部位 (舌・口唇・口腔): [ なし ・ あり ]	部位 (手指): [ なし ・ あり ] 部位 (消化管): [ なし ・ あり ]
	消化器	動脈脈奇形: [ なし ・ あり ]	
		部位 (脳): [ なし ・ あり ]	部位 (脊髄): [ なし ・ あり ] 部位 (肺): [ なし ・ あり ] 部位 (肝臓): [ なし ・ あり ]
	下血: [ なし ・ あり ]	消化管出血: [ なし ・ あり ]	
	精神・神経	神経症状: [ なし ・ あり ] 脳出血: [ なし ・ あり ]	
	腎・泌尿器	血尿: [ なし ・ あり ] 腎機能低下: [ なし ・ あり ]	
	内分泌・代謝	過多月経: [ なし ・ あり ]	
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [ なし ・ あり ] SpO <sub>2</sub> (Room air): ( )%	
耳鼻咽喉	鼻出血 (反復性): [ なし ・ あり ] 頻度: [ 年に数回 ・ 月に数回 ・ 週に数回 ・ 毎日 ] 輸血の必要性: [ なし ・ あり ]		
その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )		

告示番号 **1** 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) **2/3**

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	
血液検査	白血球数：( )/μL      好中球：( )%      リンパ球：( )%      単球：( )% 好酸球：( )%      網赤血球：( )‰      赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL      ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL ヘマトクリット (Ht)：( )fl      血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL      PT：( )秒 ・ % PT-INR：( )      APTT：( )秒      FDP：( )μg/mL・未実施 D-dimer：( )μg/mL・未実施      フィブリノゲン：( )mg/dL      アンチトロンピン：( )%
病理検査	病理検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )      部位：( ) 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：( )
	CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )      部位：( ) 所見：( )
	MRI検査：[ 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 ) エンドグリリン遺伝子異常：[ なし ・ あり ]      ACVRL1遺伝子異常：[ なし ・ あり ]      SMAD4遺伝子異常：[ なし ・ あり ] 遺伝子異常 (その他)：( )
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	
血液検査	白血球数：( )/μL      好中球：( )%      リンパ球：( )%      単球：( )% 好酸球：( )%      網赤血球：( )‰      赤血球数：( )×10 <sup>4</sup> /μL      ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL ヘマトクリット (Ht)：( )fl      血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL      PT：( )秒 ・ % PT-INR：( )      APTT：( )秒      FDP：( )μg/mL・未実施 D-dimer：( )μg/mL・未実施      フィブリノゲン：( )mg/dL      アンチトロンピン：( )%
病理検査	病理検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )      部位：( ) 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：( )
	CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )      部位：( ) 所見：( )
	MRI検査：[ 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 ) エンドグリリン遺伝子異常：[ なし ・ あり ]      ACVRL1遺伝子異常：[ なし ・ あり ]      SMAD4遺伝子異常：[ なし ・ あり ] 遺伝子異常 (その他)：( )
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	
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 患児との続柄：祖父母：[ なし ・ あり ・ 不明 ]      両親：[ なし ・ あり ・ 不明 ]      兄弟：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 子：[ なし ・ あり ・ 不明 ]      叔父・叔母：[ なし ・ あり ・ 不明 ]      その他：( )
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	抗けいれん薬：[ なし ・ あり ]      薬剤名：( ) 薬物療法：[ なし ・ あり ]      詳細：( )
呼吸管理	酸素療法：[ 未実施 ・ 実施 ]
輸血療法	赤血球輸血：[ なし ・ あり ]      頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ] 血小板輸血：[ なし ・ あり ]      頻度：[ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]
内視鏡的治療	内視鏡的治療：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )
放射線療法	定位放射線療法：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )
手術	塞栓術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 部位 (鼻腔)：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]      部位 (肺)：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 部位 (脳・脊髄)：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]      部位 (肝)：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]
	脳外科的治療：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 所見：( )
	外科的治療 (その他)：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 所見：( )
移植	肝移植：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )
治療	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
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 ( )

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		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



<b>告示番号</b>	<b>2</b>	<b>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)</b>		<b>1/3</b>
-------------	----------	--	--	------------

病名	<b>9 カサバツハ・メリット (Kasabach-Merritt) 現象 (症候群)</b>				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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
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 )										
症状	全身	DIC: [ なし ・ あり ]									
		巨大血管腫: [ なし ・ あり ]									
		部位 (四肢): [ なし ・ あり ] 部位 (頭頸部): [ なし ・ あり ] 部位 (体幹): [ なし ・ あり ] 部位 (内臓): [ なし ・ あり ]									
		部位 (その他): ( )									
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]				紫斑: [ なし ・ あり ]					
	消化器	消化管出血: [ なし ・ あり ]									
	精神・神経	頭蓋内出血: [ なし ・ あり ]									
内分泌・代謝	過多月経: [ なし ・ あり ]										
耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]										
その他	歯肉出血: [ なし ・ あり ]				症状 (その他): ( )						
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載											
症状	全身	DIC: [ なし ・ あり ]									
		巨大血管腫: [ なし ・ あり ]									
		部位 (四肢): [ なし ・ あり ] 部位 (頭頸部): [ なし ・ あり ] 部位 (体幹): [ なし ・ あり ] 部位 (内臓): [ なし ・ あり ]									
		部位 (その他): ( )									
	皮膚・粘膜	出血斑: [ なし ・ あり ]				紫斑: [ なし ・ あり ]					
	消化器	下血: [ なし ・ あり ]				消化管出血: [ なし ・ あり ]					
	精神・神経	頭蓋内出血: [ なし ・ あり ]									
内分泌・代謝	過多月経: [ なし ・ あり ]										
耳鼻咽喉	鼻出血: [ なし ・ あり ]										
その他	歯肉出血: [ 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											
血液検査	白血球数: ( )/μL		好中球: ( )%		リンパ球: ( )%		単球: ( )%				
	好酸球: ( )%		網赤血球: ( )%		赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL		ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL				
平均赤血球容積 (MCV): ( )fL		血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL		PT: ( )秒 ・ %							
PT-INR: ( )		APTT: ( )秒		FDP: ( )μg/mL ・ 未実施							
D-dimer: ( )μg/mL ・ 未実施		フィブリノゲン: ( )mg/dL		アンチトロンピン: ( )%							
出血時間: ( )分											
血小板機能検査: [ 未実施 ・ 実施 ]											
検査方法: ( )											
所見: ( )											

告示番号	2	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)	2/3			
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	所見: ( )					
	CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	所見: ( )					
	MRI検査 (脳脊髄): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	所見: ( )					
	MRI検査 (その他): [ 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								
血液検査	白血球数: ( )/μL	好中球: ( )%	リンパ球: ( )%	単球: ( )%	好酸球: ( )%	網赤血球: ( )%	赤血球数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL
	平均赤血球容積 (MCV): ( )fL	血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL	PT: ( )秒	%	PT-INR: ( )	APTT: ( )秒	FDP: ( )μg/mL	未実施
	D-dimer: ( )μg/mL	未実施	フィブリノゲン: ( )mg/dL	アンチトロンピン: ( )%	出血時間: ( )分			
	血小板機能検査: [ 未実施 ・ 実施 ]					検査方法: ( )	所見: ( )	
画像検査	超音波検査 (肝・脾): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	所見: ( )					
	CT検査 (肝): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	所見: ( )					
	MRI検査 (脳脊髄): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	所見: ( )					
	MRI検査 (その他): [ 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: ( )		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載								
薬物療法	補充療法: [ なし ・ あり ]	薬剤名: ( )						
	免疫抑制薬: [ なし ・ あり ]	薬剤名: ( )						
	抗腫瘍薬: [ なし ・ あり ]	薬剤名: ( )						
	抗凝固療法: [ なし ・ あり ]	薬剤名: ( )						
	ステロイド薬: [ なし ・ あり ]	抗血小板療法: [ なし ・ あり ]	抗線溶療法: [ なし ・ あり ]					
	インターフェロン療法: [ なし ・ あり ]							
輸血療法	赤血球輸血: [ なし ・ あり ]	頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]						
	血小板輸血: [ なし ・ あり ]	頻度: [ 1か月1回未満 ・ 1か月1回以上 ]						
放射線療法	放射線療法: [ 未実施 ・ 実施 ]							
手術	塞栓術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]							
	手術 (その他): ( )							
治療	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				
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 ( )							

<b>告示番号</b>	<b>2</b>	<b>脈管系疾患</b>	( )	年度	小児慢性特定疾病	<b>医療意見書〈新規申請用〉</b>	<b>3/3</b>
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				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