

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		2 巨大静脈奇形						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		BMI			
										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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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 ]			
		顔部：[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]				前顔部：[ 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 ]			
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 (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)：( )											

