

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 (継続申請用)		1/2	
病名	1 青色ゴムまり様母斑症候群					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] 顔面: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 口腔: [なし ・ あり] 頸部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 体幹: [なし ・ あり] 会陰部: [なし ・ あり] 鼠径部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 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]					
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: () $\times 10^4/\mu\text{L}$ PT: () 秒 PT: () % PT-INR: () APTT: () 秒 FDP: () $\mu\text{g}/\text{mL}$ ・未実施 D-dimer: () $\mu\text{g}/\text{mL}$ ・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 (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	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]	
	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	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): ()							

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 ()
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 (継続申請用)		1/3		
病名	3 巨大動静脈奇形							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 (申請時) ※直近の状況を記載														
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]		頬部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]							
	眼窩: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		耳部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		鼻部: [なし ・ あり]		咽頭/喉頭: [なし ・ あり]							
罹患部位	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]	
	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]	
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): ()													
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: ()											

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 (継続申請用)			2/3
画像検査	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 ()			
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 (継続申請用)		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"/> 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	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	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]						
	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]							
筋・骨格	運動障害: [なし ・ あり]						
	詳細: ()						
皮膚・粘膜	骨病変: [なし ・ あり] 部位: ()						
	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): ()							
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: ()							
血管造影: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)							
部位: ()							
所見: ()							

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 (継続申請用)		2/3
画像検査	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 (継続申請用) **1/2**

病名	5 原発性リンパ浮腫			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	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	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]							
症状	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]							
	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]
その他	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]					
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					
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 (継続申請用)		1/2		
病名	6 リンパ管腫					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] 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:()								
	耳鼻咽喉	発声困難:[なし ・ あり]								
その他	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:()									
	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:()									
	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:()									

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〈継続申請用〉		2/2
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: () 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 (継続申請用)		1/2	
病名	7 リンパ管腫症					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	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 (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] 薬物療法 (その他): ()	免疫グロブリン補充療法: [未実施 ・ 静注 ・ 皮下注]	
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] 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]	
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 ()		

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 (継続申請用)		1/2		
病名	8 遺伝性出血性末梢血管拡張症					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 (申請時) ※直近の状況を記載										
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]		
		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]
	消化器	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]								
	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 ₂ (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): ()						
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 ⁴ /μL		ヘモグロビン (Hb): ()g/dL				
病理検査	ヘマトクリット (Ht): ()fl		血小板数: ()×10 ⁴ /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: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)									
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)									
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)									
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)									
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): ()									

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 (継続申請用) **2/2**

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

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 (継続申請用)		1/2		
病名	9 カサバハ・メリット (Kasabach-Merritt) 現象 (症候群)					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)											
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 (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 ⁴ /μL		ヘモグロビン (Hb): ()g/dL						
	平均赤血球容積 (MCV): ()fL		血小板数: ()×10 ⁴ /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 ()

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