

告示番号		1		血液疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（継続申請用）										1/2							
病名		52 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 → （ ）							
受給者番号				受診日		年		月		日											
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)														
生年月日		年		月		日		意見書記載時の年齢		歳		か月		日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重				g		出生週数		在胎		週		日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県		( ) 市区町村			
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	
発病時期		年		月		頃		初診日		年		月		日							
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 ( )																			
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																					
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 ]							
		動静脈奇形：[ 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 <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)：( )																				
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 アンチトロンビン：( )%																			
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)：( )																			

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	1	血液疾患	(	)	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						
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			
医療機関住所							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 (      )			
				(印)			