

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〉		1/2	
病名		2 巨大静脈奇形						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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 (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													
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]		前頸部：[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]		頬部：[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		咽頭／喉頭：[なし ・ あり]					
		顎部：[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		鼻部：[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		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]											
		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]		前頸部：[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]		頬部：[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		咽頭／喉頭：[なし ・ あり]					
		顎部：[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		鼻部：[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		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]											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

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〉		2/2	
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									
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						(印)			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()									