

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〉		1/2													
病名		4 クリッペル・トレノネー・ウェーバー (Klippel-Trénanay-Weber) 症候群								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規													
受給者番号				受診日		年		月		日															
ふりがな						(変更があった場合)																			
氏名						ふりがな																			
(Alphabet)						(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)		年		月		日		cm ( SD)		体重 (測定日)		年		月		日		kg ( SD)		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																									
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 (ゴーハム病)：[ 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 ]																							
		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 ]																							
皮膚・粘膜	詳細：( )																								
	骨病変：[ なし ・ あり ] 部位：( )																								
その他	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 ]																								
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 (ゴーハム病)：[ 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 ]																							
		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 ]																							
皮膚・粘膜	詳細：( )																								
	骨病変：[ なし ・ あり ] 部位：( )																								
その他	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)：( )																									

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

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〉		2/2	
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 )										
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：( )										
遺伝学的検査	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）		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（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 )										
画像検査	所見：( )										
	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：( )										
遺伝学的検査	所見：( )										
	血管造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( )										
画像検査（その他）		画像検査（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( )									
所見：( )											
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 ]										
手術	詳細：( )										
	外科的切除：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 回数：( )回										
治療	術式：( )										
	所見：( )										
	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										
今後の治療方針	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：( )										
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 ( )											