

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		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 → ()			
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 (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]					
		頸部：[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]		手：[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]		足：[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]											
		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)：()									
		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]							
		整容障害：[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：()											
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)：()											

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〈継続申請用〉	2/2
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			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 () (印)			