

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		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													
症状		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 ]					
				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 ]											
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													
症状		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 ]					
				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 ]											

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
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 ( )					