

病名	1 青色ゴムまり様母斑症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号			受診日	年 月 日				
ふりがな 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		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 (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	全身	貧血: [なし ・ あり]		全身倦怠感: [なし ・ あり]		疼痛 : (静脈奇形に関連する): [なし ・ あり]		
	消化器	血便: [なし ・ あり]		下血: [なし ・ あり]				
	筋・骨格	運動障害: [なし ・ あり]						
	皮膚・粘膜	皮膚・粘膜からの出血: [なし ・ あり]						
	その他	胸水: [なし ・ あり]		腹水: [なし ・ あり]		血胸: [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	全身	貧血: [なし ・ あり]		全身倦怠感: [なし ・ あり]		疼痛 : (静脈奇形に関連する): [なし ・ あり]		
	消化器	血便: [なし ・ あり]		下血: [なし ・ あり]				
	筋・骨格	運動障害: [なし ・ あり]						
	皮膚・粘膜	皮膚・粘膜からの出血: [なし ・ あり]						
	その他	胸水: [なし ・ あり]		腹水: [なし ・ あり]		血胸: [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								
血液検査	ヘモグロビン (Hb): () g/dL		平均赤血球容積 (MCV): () fL		血清鉄 (Fe): () mg/dL			
	フェリチン: () ng/mL ・ 未実施		血小板数: () ×10 ⁴ /μL		PT: () 秒		PT: () %	
PT-INR: ()		APTT: () 秒		FDP: () μg/mL ・ 未実施		D-dimer: () μg/mL ・ 未実施		
異常を示した血液検査 (その他): ()								
便検査	便潜血: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]							
病理検査	切除標本: [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またはMRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	内視鏡検査 (消化管): [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

血液検査	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血清鉄 (Fe): ()mg/dL フェリチン: ()ng/mL・未実施 血小板数: () × 10 ⁴ /μL PT: ()秒 PT: ()% PT-INR: () APTT: ()秒 FDP: ()μg/mL・未実施 D-dimer: ()μg/mL・未実施 異常を示した血液検査 (その他): ()
------	--

便検査 便潜血: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]

病理検査	切除標本: [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またはMRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	内視鏡検査 (消化管): [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] 使用薬剤名: ()
------	--------------------------------

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: ()
	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 ()

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)	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	治療 ・ 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

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	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): ()			
	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] 前額部: [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]			

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

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): ()			
	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] 前額部: [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]			

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] 腫脹 (病変部): [なし ・ あり]	疼痛: [なし ・ あり] 感染症 (病変部): [なし ・ あり]	出血傾向: [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] 感覚障害 (その他): () 脳神経障害: [なし ・ あり]	知覚過敏: [なし ・ あり ・ 不明] 自律神経障害: [なし ・ あり]	疼痛: [なし ・ あり ・ 不明] 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] 所見: ()	実施日: (年 月 日)
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日) 部位: ()
	単純X線検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日) 部位: ()
	CTまたはMRI検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日) 部位: ()
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日) 部位: ()
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] 所見: ()	実施日: (年 月 日)
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日) 部位: ()
	単純X線検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日) 部位: ()
	CTまたはMRI検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日) 部位: ()
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日) 部位: ()
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] 気管挿管: [なし ・ あり]	非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり]	気管切開管理: [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 (_____)

病名	3 巨大動静脈奇形			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年 月 日		

ふりがな	(変更があった場合)
氏名	ふりがな
(Alphabet)	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	治療 ・ 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

病型分類	Schönbinger 分類: [Stage I (平らで、赤みを呈する) ・ Stage II (雑音聴取される、脈拍を感じる、拡大傾向) ・ Stage III (疼痛、潰瘍、出血、感染を認める) ・ Stage IV (心不全になる) ・ 判定困難]
------	--

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]	前額部: [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]	頰部: [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]		
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]			

症状	全身	成長障害: [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]		
	皮膚・粘膜	皮膚潰瘍: [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): ()			

臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載

病型分類	Schönbinger 分類: [Stage I (平らで、赤みを呈する) ・ Stage II (雑音聴取される、脈拍を感じる、拡大傾向) ・ Stage III (疼痛、潰瘍、出血、感染を認める) ・ Stage IV (心不全になる) ・ 判定困難]
------	--

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]	前額部: [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]	頰部: [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]		
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]				

告示番号 **5** **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**

罹患部位 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]

症状	全身	成長障害: [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]		
	皮膚・粘膜	皮膚潰瘍: [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	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: ()
	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: ()
	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): [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	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: ()
	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: ()
	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): [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] 赤血球輸血: [なし ・ あり] 血小板輸血: [なし ・ あり]
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
手術	手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 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 ()			

病名	4 クリッペル・トレノネー・ウェーバー (Klippel-Tréanay-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 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		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 (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	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]						
	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]							
筋・骨格	運動障害: [なし ・ あり]						
詳細: ()							
骨病変: [なし ・ あり] 部位: ()							
皮膚・粘膜	皮膚潰瘍: [なし ・ あり]						
その他	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): ()							
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	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]						
	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]							
筋・骨格	運動障害: [なし ・ あり]						
詳細: ()							
骨病変: [なし ・ あり] 部位: ()							
皮膚・粘膜	皮膚潰瘍: [なし ・ あり]						
その他	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): ()							

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)
	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: ()	
	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): [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)
	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: ()
	嚢胞内液所見 (生化学検査等): [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: ()	
	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): [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)
	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: ()
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] 詳細: ()
手術	外科的切除: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 回数: ()回 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: () 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
	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 ()

病名	5 原発性リンパ浮腫										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)			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 (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	部位 (頭頸部): 頭部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 顔面: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 頸部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]												
	前胸部: [なし ・ あり]			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]									
	肩: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]			上腕: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]			前腕: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]						
手指: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]			手背: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]			手掌: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]							
手首: [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]			足趾: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]			足背: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]							
足底: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]													
症状	全身	感染症 (病変部): [なし ・ あり]						過去1年間の感染回数: () 回/年					
	筋・骨格	関節拘縮: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	皮膚潰瘍: [なし ・ あり]			蜂窩織炎: [なし ・ あり]			皮膚の乾燥: [なし ・ あり]			皮膚血流障害: [なし ・ あり]		
		色素沈着: [なし ・ あり]			リンパ漏: [なし ・ あり]			白癬症等の皮膚感染症: [なし ・ あり]					
皮膚硬化: [なし ・ あり]			象皮症: [なし ・ あり]										
その他	症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
罹患部位	部位 (頭頸部): 頭部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 顔面: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 頸部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]												
	前胸部: [なし ・ あり]			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]									
	肩: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]			上腕: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]			前腕: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]						
手指: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]			手背: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]			手掌: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]							
手首: [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]			足趾: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]			足背: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]							
足底: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]													
症状	全身	感染症 (病変部): [なし ・ あり]						過去1年間の感染回数: () 回/年					
	筋・骨格	関節拘縮: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	皮膚潰瘍: [なし ・ あり]			蜂窩織炎: [なし ・ あり]			皮膚の乾燥: [なし ・ あり]			皮膚血流障害: [なし ・ あり]		
		色素沈着: [なし ・ あり]			リンパ漏: [なし ・ あり]			白癬症等の皮膚感染症: [なし ・ あり]					
皮膚硬化: [なし ・ あり]			象皮症: [なし ・ あり]										
その他	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

血液検査	血清総蛋白：()g/dL 血清アルブミン：()g/dL 異常を示した血液検査：()
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：()
	リンパ管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	シンチグラフィ (リンパ管)：[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) 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

血液検査	血清総蛋白：()g/dL 血清アルブミン：()g/dL 異常を示した血液検査：()
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：()
	リンパ管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	シンチグラフィ (リンパ管)：[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) 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：()
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()
鑑別診断	二次性リンパ浮腫：[なし ・ あり] リンパ管腫 (リンパ管奇形)：[なし ・ あり]
既往歴	既往歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

臨床経過	原病及び合併症による1年間の受診回数：()回 原病及び合併症による1年間の入院回数：()回
薬物療法	薬物療法：[なし ・ あり] 詳細：()
リハビリテーション	圧迫療法：[なし ・ あり] 詳細：()
	圧迫下運動療法：[なし ・ あり] 詳細：()
手術	外科的治療：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式：() 所見：()
治療	合併症に対する治療：[なし ・ あり] 詳細：()
	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 ()

病名	6 リンパ管腫					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)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI	
	年	月	日	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(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] 後頭部:[なし・左・右・両側] 舌:[なし・あり] 頸部:[なし・左・右・両側] 眼窩:[なし・左・右・両側] 頬部:[なし・左・右・両側] 気道周囲(病変の接触):[なし・左・右・両側]									
	部位(体幹):肺:[なし・左・右・両側] 腋窩:[なし・左・右・両側] 上縦隔:[なし・あり] 下縦隔:[なし・あり] 腹腔内:[なし・あり] 後腹膜:[なし・あり]									
	部位(上肢):上肢:[なし・左・右・両側] 部位(下肢):下肢:[なし・左・右・両側]									
	部位(その他):()									
症状	全身	経口摂取困難:[なし・あり] 感染症(病変部):[なし・あり]								
	呼吸器・循環器	気管・気管支狭窄症状:[なし・あり]								
	筋・骨格	運動障害:[なし・あり] 詳細:()								
		骨病変:[なし・あり] 部位:()								
	耳鼻咽喉	発声困難:[なし・あり]								
その他	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] 後頭部:[なし・左・右・両側] 舌:[なし・あり] 頸部:[なし・左・右・両側] 眼窩:[なし・左・右・両側] 頬部:[なし・左・右・両側] 気道周囲(病変の接触):[なし・左・右・両側]									
	部位(体幹):肺:[なし・左・右・両側] 腋窩:[なし・左・右・両側] 上縦隔:[なし・あり] 下縦隔:[なし・あり] 腹腔内:[なし・あり] 後腹膜:[なし・あり]									
	部位(上肢):上肢:[なし・左・右・両側] 部位(下肢):下肢:[なし・左・右・両側]									
	部位(その他):()									
症状	全身	経口摂取困難:[なし・あり] 感染症(病変部):[なし・あり]								
	呼吸器・循環器	気管・気管支狭窄症状:[なし・あり]								
	筋・骨格	運動障害:[なし・あり] 詳細:()								
		骨病変:[なし・あり] 部位:()								
	耳鼻咽喉	発声困難:[なし・あり]								
その他	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:()									
	嚢胞内液所見(生化学検査等):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()									

告示番号 8 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

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：()
	嚢胞内液所見 (生化学検査等)：[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：()
	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 ()

病名	7 リンパ管腫症										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)			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 (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	胸腔内臓器：リンパ管腫様病変：[なし ・ あり]						胸腔内臓器：リンパ液貯留：[なし ・ あり]							
	詳細：()													
	腹腔内臓器：リンパ管腫様病変：[なし ・ あり]						腹腔内：リンパ液貯留：[なし ・ あり]							
	詳細：()													
骨病変：[なし ・ あり]														
詳細：()														
部位 (その他)：()														
症状	全身	栄養障害：[なし ・ あり]				出血傾向：[なし ・ あり]								
	呼吸器・循環器	心機能低下：[なし ・ あり]				心不全：[なし ・ あり]		気管・気管支狭窄症状：[なし ・ あり]						
	消化器	脾臓病変：[なし ・ あり]												
	筋・骨格	骨溶解：[なし ・ あり]												
	その他	胸水・腹水・リンパ液等の体液の喪失：[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	胸腔内臓器：リンパ管腫様病変：[なし ・ あり]						胸腔内臓器：リンパ液貯留：[なし ・ あり]							
	詳細：()													
	腹腔内臓器：リンパ管腫様病変：[なし ・ あり]						腹腔内：リンパ液貯留：[なし ・ あり]							
	詳細：()													
骨病変：[なし ・ あり]														
詳細：()														
部位 (その他)：()														
症状	全身	栄養障害：[なし ・ あり]				出血傾向：[なし ・ あり]								
	呼吸器・循環器	心機能低下：[なし ・ あり]				心不全：[なし ・ あり]		気管・気管支狭窄症状：[なし ・ あり]						
	消化器	脾臓病変：[なし ・ あり]												
	筋・骨格	骨溶解：[なし ・ あり]												
	その他	胸水・腹水・リンパ液等の体液の喪失：[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	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：()
	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	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：()
	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	アルブミン製剤：[なし ・ あり] 免疫グロブリン補充療法：[未実施 ・ 静注 ・ 皮下注] 薬物療法（その他）：()
輸血療法	成分輸血療法：[なし ・ あり]
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]
放射線治療	放射線治療：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
手術	外科的切除：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式：() 所見：() 胸腔穿刺：[なし ・ あり] 腹腔穿刺：[なし ・ あり]
治療	硬化療法：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 使用薬剤名：() 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 ()

病名	8 遺伝性出血性末梢血管拡張症					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)			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	治療・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										
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]		脳出血:[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 ₂ (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):()						
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]		脳出血:[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 ₂ (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):()						

告示番号 **1** 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	
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 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘマトクリット (Ht)：()fl 血小板数：()×10 ⁴ /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 アンチトロンピン：()%
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)：()

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 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘマトクリット (Ht)：()fl 血小板数：()×10 ⁴ /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 アンチトロンピン：()%
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)：()

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 (印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

病名	9 カサバツハ・メリット (Kasabach-Merritt) 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 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 (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	全身	DIC: [なし ・ あり]							
		巨大血管腫: [なし ・ あり] 部位 (四肢): [なし ・ あり] 部位 (頭頸部): [なし ・ あり] 部位 (体幹): [なし ・ あり] 部位 (内臓): [なし ・ あり] 部位 (その他): ()							
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]		紫斑: [なし ・ あり]					
	消化器	消化管出血: [なし ・ あり]							
	精神・神経	頭蓋内出血: [なし ・ あり]							
	内分泌・代謝	過多月経: [なし ・ あり]							
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]							
その他	歯肉出血: [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	全身	DIC: [なし ・ あり]							
		巨大血管腫: [なし ・ あり] 部位 (四肢): [なし ・ あり] 部位 (頭頸部): [なし ・ あり] 部位 (体幹): [なし ・ あり] 部位 (内臓): [なし ・ あり] 部位 (その他): ()							
	皮膚・粘膜	出血斑: [なし ・ あり]		紫斑: [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	頭蓋内出血: [なし ・ あり]							
	内分泌・代謝	過多月経: [なし ・ あり]							
	耳鼻咽喉	鼻出血: [なし ・ あり]							
その他	歯肉出血: [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									
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 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血小板数: ()×10 ⁴ /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 アンチトロンピン: ()% 出血時間: ()分								
	血小板機能検査: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()								

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**

画像検査	超音波検査 (肝・脾) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	CT検査 (肝) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	MRI検査 (脳脊髄) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	MRI検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 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

血液検査	白血球数 : () / μ L 好中球 : () % リンパ球 : () % 単球 : () % 好酸球 : () % 網赤血球 : () % 赤血球数 : () $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL 平均赤血球容積 (MCV) : () fL 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L PT : () 秒 ・ % PT-INR : () APTT : () 秒 FDP : () μ g/mL ・ 未実施 D-dimer : () μ g/mL ・ 未実施 フィブリノゲン : () mg/dL アンチトロンピン : () % 出血時間 : () 分
	血小板機能検査 : [未実施 ・ 実施] 検査方法 : () 所見 : ()

画像検査	超音波検査 (肝・脾) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	CT検査 (肝) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	MRI検査 (脳脊髄) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	MRI検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 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	補充療法 : [なし ・ あり] 薬剤名 : () 免疫抑制薬 : [なし ・ あり] 薬剤名 : () 抗腫瘍薬 : [なし ・ あり] 薬剤名 : () 抗凝固療法 : [なし ・ あり] 薬剤名 : () ステロイド薬 : [なし ・ あり] 抗血小板療法 : [なし ・ あり] 抗線溶療法 : [なし ・ あり] インターフェロン療法 : [なし ・ あり]
------	---

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]
------	--

放射線療法 放射線療法 : [未実施 ・ 実施]

手術 塞栓術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
手術 (その他) : ()

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 (印)
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()