

病名	1 青色ゴムまり様母斑症候群					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)			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(申請時) ※直近の状況を記載										
罹患部位	頭部:[ なし・左・右・両側 ] 顔面:[ なし・左・右・両側 ] 口腔:[ なし・あり ] 頸部:[ なし・左・右・両側 ] 体幹:[ なし・あり ] 会陰部:[ なし・あり ] 鼠径部:[ なし・左・右・両側 ] 上肢:[ なし・左・右・両側 ] 下肢:[ なし・左・右・両側 ] 部位(その他):( )									
症状	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 ]				
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 <sup>4</sup> /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	<b>2 巨大静脈奇形</b>				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 )		体重 (測定日)	kg ( SD )		BMI	
	年 月 日	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		
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>								
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 ]	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 ]
	胸部:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]	腹部:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]	背部:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]	鼠径部:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]
	腹部:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]	縦隔:	[ なし ・ あり ]	腹腔内:	[ なし ・ あり ]	臀部:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]
肩:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]	上腕:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]	肘:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]	後腹膜:	[ なし ・ あり ]	
前腕:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]	手関節:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]	手:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]	股関節:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]	
手指:	[ 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 ]	
足趾:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]	足関節:	[ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]	足:	[ 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	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 ]				
	眼	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 ]			
	耳鼻咽喉	視力障害: [ なし ・ あり ]	視野障害: [ なし ・ あり ]					
	その他	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 ]	症状 (その他): ( )							
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>								
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 (      )			

病名	<b>3 巨大動静脈奇形</b>			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 )		体重 (測定日)	kg ( SD )	BMI	
	年 月 日	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	
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>							
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 ]			
	顎部: [ 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 ]						
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): ( )						
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>							
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: ( )					

**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 (継続申請用) 2/2**

画像検査	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 ( )  
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"/> 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 )		体重 (測定日)	kg ( SD )		BMI	
	年 月 日	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 (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(ゴーンハム病): [ 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 ]							
	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 (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: ( )							

**告示番号 6 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**

画像検査	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): ( )
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>	
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: ( )
<b>経過 (申請時) ※直近の状況を記載</b>	
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

<b>医療機関・医師署名</b>	
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	<b>5 原発性リンパ浮腫</b>					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)			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 (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 ]						
その他	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 (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): ( )									



病名	6 リンパ管腫					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)			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(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:( )									
	耳鼻咽喉	発声困難:[ 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:( )										
	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:( )										



病名	7 リンパ管腫症					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)			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(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:( )										
症状	骨病変:[ なし・あり ]										
	詳細:( )										
	部位(その他):( )										
	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(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:( )										
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:( )											



病名	<b>8 遺伝性出血性末梢血管拡張症</b>					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)			体重 (測定日)	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(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]								
	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 <sub>2</sub> (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):( )						
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 <sup>4</sup> /μL		ヘモグロビン(Hb):( )g/dL		PT:( )秒・%		PT-INR:( )	
	ヘマトクリット(Ht):( )fl		血小板数:( )×10 <sup>4</sup> /μL		FDP:( )μg/mL・未実施		アンチトロンピン:( )%		D-dimer:( )μg/mL・未実施	
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):( )									



病名	9 カサバツハ・メリット (Kasabach-Merritt) 症候群					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)			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 (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 (申請時) ※直近の状況を記載														
血液検査	白血球数 : ( ) / $\mu$ 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 : ( ) $\mu$ g/mL ・ 未実施 D-dimer : ( ) $\mu$ 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 ( )