

告示番号		3		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	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		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 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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

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 (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)		体重 (測定日)	kg (SD)		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	BMI	%	
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]	
	顎部:	[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]							
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 (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 _____
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

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	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 ()

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)	1/2
-------------	----------	--	------------

病名	4 クリッペル・トレノナー・ウェーバー (Klippel-Trénaunay-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	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	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:()											
皮膚・粘膜	骨病変:[なし・あり] 部位:()										
	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): ()
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
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		7		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	5 原発性リンパ浮腫							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	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 (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 _____

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

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 (継続申請用)	1/2
-------------	----------	--------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

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:()										
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:()										

告示番号	9	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	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						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
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	全身					出血傾向: [なし ・ あり]				
	栄養障害: [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: () 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] 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]
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

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 (継続申請用)		1/2				
病名	8 遺伝性出血性末梢血管拡張症					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												
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 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):()								
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

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	9 カサバツハ・メリット (Kasabach-Merritt) 現象 (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	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:()/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:()									
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:()									

