

| 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) | | 1/3 | |
|---|---|--|------------------|------------------------|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|-----------------------------|------------------------|-------------|-----|---|
| 病名 | 2 巨大静脈奇形 | | | | | | | 受付種別 | <input type="checkbox"/> 新規 | | | | |
| 保険情報 | 保険者番号 () | | 被保険者記号 () | | 被保険者番号 () | | 被保険者個人単位枝番 () | | | | | | |
| | 資格取得年月日 | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | |
| 氏名 | (セイメイ) (姓名) | | | 以前の登録氏名 (変更のある場合) | | | (セイメイ) (姓名) | | | | | | |
| 住所 | 郵便番号 (-) | | 都道府県 () | | 市区町村 () | | 丁目番地等 () | | | | | | |
| 生年月日 | 年 | | 月 | 日 | 性別 | | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 | | | | | | |
| 出生地 | 都道府県 () | | 市区町村 () | | | | | | | | | | |
| 出生体重 | g | | 出生週数 | 在胎 | | 週 | | 日 | | | | | |
| 発症時期 | 年 | | 月 | 頃 | 記載時の年齢 | | 満 | | 歳 | | か月 | | 日 |
| 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 | % | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 最終受診日 | (年 月 日) | | | | | | | | | | | | |
| 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] | | | | | | | | | | | | |
| 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): | () | | | | | | | | | | | | |
| 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) **2/3**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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] | 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] |
| 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 |
| 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 () | | | |

| | | | | | | | |
|-------------|----------|--------------|-----|--------------------|----------|---------------------|------------|
| 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〉 | 3/3 |
| 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 |
| 医療機関所在地 | | | | 診断年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 電話番号 | | | | | | | |
| | | | | 診療科 | | | |
| | | | | 医師名 | | | |
| | | | | 小児慢性特定疾病 指定医番号 () | | | |

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄 | |
|---------|--|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年 月 日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [認定 ・ 不認定] |
| 研究同意の有無 | [有 ・ 無] |
| 受給者番号 | 受給者番号 () 有効期限 年 月 日 |
| 階層区分 | [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他] |
| 保険情報 | 保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日 |