

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		☐ 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)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)			
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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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]					
		顎部：[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		前顎部：[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]							
症 状		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													
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]		前顎部：[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]							
症 状		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]													

