

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 → ()					
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														
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): ()														
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
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 ()
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