

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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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) 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]			
		顔部：[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]				前顔部：[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]					
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)：()											
		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)									
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：()													
検査所見 (その他)		CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)									
		部位：()													
		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)：()													

