

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 (新規申請用)	1/3			
病名	4 クリップル・トレノネー・ウェーバー (Klippel-Trénaunay-Weber) 症候群		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)	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)	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)					
発症時期	発症時期: (年 月)					
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]					
筋・骨格	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]					
皮膚・粘膜	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): ()						
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]					
筋・骨格	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]					
皮膚・粘膜	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): ()						

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 (新規申請用) **2/3**

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: ()
	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: ()
	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): ()
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: ()
	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
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	6	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