

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		4 クリッペル・トレノネー・ウェーバー (Klippel-Trénanay-Weber) 症候群						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名			
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ()			
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
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 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ()											
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													
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]											
	筋・骨格	出血死のリスク：[なし ・ 低い ・ 高い]											
		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]											
	皮膚・粘膜	疼痛 :日常生活に支障をきたすほどの痛み：[なし ・ あり]											
		運動障害：[なし ・ あり]											
その他	詳細：()												
	骨病変：[なし ・ あり] 部位：()												
	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)：()											
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：()											

受給者番号() 患者氏名()

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〉										2/2
画像検査	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											
	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 医療機関住所 診療科 医師名 (印) 小児慢性特定疾病 指定医番号 （ ）											