

告示番号		3		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)		1/2	
病名	1 青色ゴムまり様母斑症候群										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
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			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 (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													
罹患部位	頭部:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 顔面:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 口腔:[なし ・ あり] 頸部:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 体幹:[なし ・ あり] 会陰部:[なし ・ あり] 鼠径部:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 上肢:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 下肢:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 部位 (その他):()												
症状	全身	貧血:[なし ・ あり]		全身倦怠感:[なし ・ あり]		疼痛 (静脈奇形に関連する):[なし ・ あり]							
	消化器	血便:[なし ・ あり]		下血:[なし ・ あり]									
	筋・骨格	運動障害:[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	皮膚・粘膜からの出血:[なし ・ あり]											
	その他	胸水:[なし ・ あり]		腹水:[なし ・ あり]		血胸:[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] 顔面:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 口腔:[なし ・ あり] 頸部:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 体幹:[なし ・ あり] 会陰部:[なし ・ あり] 鼠径部:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 上肢:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 下肢:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 部位 (その他):()												
症状	全身	貧血:[なし ・ あり]		全身倦怠感:[なし ・ あり]		疼痛 (静脈奇形に関連する):[なし ・ あり]							
	消化器	血便:[なし ・ あり]		下血:[なし ・ あり]									
	筋・骨格	運動障害:[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	皮膚・粘膜からの出血:[なし ・ あり]											
	その他	胸水:[なし ・ あり]		腹水:[なし ・ あり]		血胸:[なし ・ あり] 症状 (その他):()							
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													
血液検査	ヘモグロビン (Hb):()g/dL 平均赤血球容積 (MCV):()fL 血清鉄 (Fe):()mg/dL フェリチン:()ng/mL・未実施 血小板数:()×10 ⁴ /μL PT:()秒 PT:()% PT-INR:() APTT:()秒 FDP:()μg/mL・未実施 D-dimer:()μg/mL・未実施 異常を示した血液検査 (その他):()												
便検査	便潜血:[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]												
病理検査	切除標本:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 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: ()
	CTまたはMRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	内視鏡検査 (消化管): [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): ()

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ()fl 血清鉄 (Fe): ()mg/dL フェリチン: ()ng/mL・未実施 血小板数: () × 10 ⁴ /μL PT: () 秒 PT: () % PT-INR: () APTT: () 秒 FDP: () μg/mL・未実施 D-dimer: () μg/mL・未実施 異常を示した血液検査 (その他): ()
------	---

便検査 便潜血: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]

病理検査	切除標本: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 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: ()
	CTまたはMRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	内視鏡検査 (消化管): [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] 使用薬剤名: ()

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: ()
	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
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

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) 1/2

病名 2 巨大静脈奇形
受給者番号
受診日 年 月 日
受付種別
 新規

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) 年 月 日 cm (SD)
体重 (測定日) 年 月 日 kg (SD)
BMI 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

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]

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): ()

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]
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]

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) **2/2**

症状	全身	経口摂取困難: [なし ・ あり] 腫脹 (病変部): [なし ・ あり]	疼痛: [なし ・ あり] 感染症 (病変部): [なし ・ あり]	出血傾向: [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] 感覚障害 (その他): () 脳神経障害: [なし ・ あり]	知覚過敏: [なし ・ あり ・ 不明] 自律神経障害: [なし ・ あり]	疼痛: [なし ・ あり ・ 不明] 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 (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] 所見: ()	実施日: (年 月 日)
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日) 部位: ()
	単純X線検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日) 部位: ()
	CTまたはMRI検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日) 部位: ()
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日) 部位: ()
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] 所見: ()	実施日: (年 月 日)
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日) 部位: ()
	単純X線検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日) 部位: ()
	CTまたはMRI検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日) 部位: ()
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日) 部位: ()
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] 気管挿管: [なし ・ あり]	非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり]	気管切開管理: [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		

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 _____
小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)

告示番号 5 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) 1/2

病名 3 巨大動静脈奇形
受給者番号
受診日
年 月 日
受付種別
 新規

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)
年 月 日
cm (SD)
体重 (測定日)
年 月 日
kg (SD)
BMI
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

病型分類
Schönbinger分類: [Stage I (平らで、赤みを呈する) ・ Stage II (雑音聴取される、脈拍を感じる、拡大傾向) ・ Stage III (疼痛、潰瘍、出血、感染を認める) ・ Stage IV (心不全になる) ・ 判定困難]

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]

全身
成長障害: [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]
皮膚・粘膜
皮膚潰瘍: [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): ()

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

病型分類
Schönbinger分類: [Stage I (平らで、赤みを呈する) ・ Stage II (雑音聴取される、脈拍を感じる、拡大傾向) ・ Stage III (疼痛、潰瘍、出血、感染を認める) ・ Stage IV (心不全になる) ・ 判定困難]

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]

告示番号 5 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) 2/2

罹患部位 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 成長障害:[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]
皮膚・粘膜 皮膚潰瘍:[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 (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 病理検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 部位:()
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:()

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 病理検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 部位:()
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:()

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] 赤血球輸血:[なし ・ あり] 血小板輸血:[なし ・ あり]

放射線治療 放射線治療:[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]

手術 手術:[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日:(年 月 日)
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 ()
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
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

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)		1/2		
病名	4 クリッペル・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	
受給者番号		受診日	年	月	日			
ふりがな						(変更があった場合)		
氏名						ふりがな		
(Alphabet)						以前の登録氏名		
(Alphabet)						(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)		
	年	月	日	年	月	日	BMI	
							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 (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								
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 (ゴーハム病): [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] 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]						
	筋・骨格	運動障害: [なし ・ あり] 詳細: () 骨病変: [なし ・ あり] 部位: ()						
	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 (ゴーハム病): [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] 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]						
	筋・骨格	運動障害: [なし ・ あり] 詳細: () 骨病変: [なし ・ あり] 部位: ()						
	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) **2/2**

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: ()
	硬化療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 使用薬剤名: () 回数: ()回/年
治療	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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号	7	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)	1/2
-------------	----------	--------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	5 原発性リンパ浮腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日			
ふりがな					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
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 (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								
発症時期	発症時期: (年 月)							
罹患部位	部位 (頭頸部): 頭部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 顔面: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 頸部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]							
	前胸部: [なし ・ あり]		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]					
	肩: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		上腕: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		前腕: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]			
	手指: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		手背: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		手掌: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]			
手首: [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]		足趾: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		足背: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]				
足底: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]								
症状	全身	感染症 (病変部): [なし ・ あり]		過去1年間の感染回数: () 回/年				
	筋・骨格	関節拘縮: [なし ・ あり]						
	皮膚・粘膜	皮膚潰瘍: [なし ・ あり]		蜂窩織炎: [なし ・ あり]		皮膚の乾燥: [なし ・ あり]		皮膚血流障害: [なし ・ あり]
		色素沈着: [なし ・ あり]		リンパ漏: [なし ・ あり]		白癬症等の皮膚感染症: [なし ・ あり]		
皮膚硬化: [なし ・ あり]		象皮症: [なし ・ あり]						
その他	症状 (その他): ()							
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
罹患部位	部位 (頭頸部): 頭部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 顔面: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 頸部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]							
	前胸部: [なし ・ あり]		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]					
	肩: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		上腕: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		前腕: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]			
	手指: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		手背: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		手掌: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]			
手首: [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]		足趾: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		足背: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]				
足底: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]								
症状	全身	感染症 (病変部): [なし ・ あり]		過去1年間の感染回数: () 回/年				
	筋・骨格	関節拘縮: [なし ・ あり]						
	皮膚・粘膜	皮膚潰瘍: [なし ・ あり]		蜂窩織炎: [なし ・ あり]		皮膚の乾燥: [なし ・ あり]		皮膚血流障害: [なし ・ あり]
		色素沈着: [なし ・ あり]		リンパ漏: [なし ・ あり]		白癬症等の皮膚感染症: [なし ・ あり]		
皮膚硬化: [なし ・ あり]		象皮症: [なし ・ あり]						
その他	症状 (その他): ()							

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

血液検査	血清総蛋白：()g/dL 血清アルブミン：()g/dL 異常を示した血液検査：()
画像検査	超音波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	CT検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	MRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	リンパ管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	シンチグラフィ (リンパ管)：[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

血液検査	血清総蛋白：()g/dL 血清アルブミン：()g/dL 異常を示した血液検査：()
画像検査	超音波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	CT検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	MRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	リンパ管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	シンチグラフィ (リンパ管)：[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：()
鑑別診断	二次性リンパ浮腫：[なし ・ あり] リンパ管腫 (リンパ管奇形)：[なし ・ あり]
既往歴	既往歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

臨床経過	原病及び合併症による1年間の受診回数：()回 原病及び合併症による1年間の入院回数：()回
薬物療法	薬物療法：[なし ・ あり] 詳細：()
リハビリテーション	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	外科的治療：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式：() 所見：()
治療	合併症に対する治療：[なし ・ あり] 詳細：()
	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
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		8		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)		1/2	
病名	6 リンパ管腫							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号				受診日	年 月 日								
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 (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													
罹患部位	頭部:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 後頭部:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 舌:[なし ・ あり] 頸部:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 眼窩:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 頬部:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 気道周囲 (病変の接触):[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]												
	部位 (体幹):肺:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 腋窩:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 上縦隔:[なし ・ あり] 下縦隔:[なし ・ あり] 腹腔内:[なし ・ あり] 後腹膜:[なし ・ あり]												
	部位 (上肢):上肢:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 部位 (下肢):下肢:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]												
	部位 (その他):()												
症状	全身	経口摂取困難:[なし ・ あり] 感染症 (病変部):[なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	気管・気管支狭窄症状:[なし ・ あり]											
	筋・骨格	運動障害:[なし ・ あり] 詳細:()											
		骨病変:[なし ・ あり] 部位:()											
	耳鼻咽喉	発声困難:[なし ・ あり]											
その他	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] 後頭部:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 舌:[なし ・ あり] 頸部:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 眼窩:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 頬部:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 気道周囲 (病変の接触):[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]												
	部位 (体幹):肺:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 腋窩:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 上縦隔:[なし ・ あり] 下縦隔:[なし ・ あり] 腹腔内:[なし ・ あり] 後腹膜:[なし ・ あり]												
	部位 (上肢):上肢:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 部位 (下肢):下肢:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]												
	部位 (その他):()												
症状	全身	経口摂取困難:[なし ・ あり] 感染症 (病変部):[なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	気管・気管支狭窄症状:[なし ・ あり]											
	筋・骨格	運動障害:[なし ・ あり] 詳細:()											
		骨病変:[なし ・ あり] 部位:()											
	耳鼻咽喉	発声困難:[なし ・ あり]											
その他	症状 (その他):()												
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:()												

告示番号 **8** 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) **2/2**

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): ()

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: ()
	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: ()
	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
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号	9	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)	1/2
-------------	----------	--------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	7 リンパ管腫症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日			
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 (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								
罹患部位	胸腔内臓器:リンパ管腫様病変:[なし ・ あり]				胸腔内臓器:リンパ液貯留:[なし ・ あり]			
	詳細:()							
	腹腔内臓器:リンパ管腫様病変:[なし ・ あり]				腹腔内:リンパ液貯留:[なし ・ あり]			
	詳細:()							
骨病変:[なし ・ あり]								
詳細:()								
部位 (その他):()								
症状	全身	栄養障害:[なし ・ あり]			出血傾向:[なし ・ あり]			
	呼吸器・循環器	心機能低下:[なし ・ あり]			心不全:[なし ・ あり]		気管・気管支狭窄症状:[なし ・ あり]	
	消化器	脾臓病変:[なし ・ あり]						
	筋・骨格	骨溶解:[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]				症状 (その他):()		
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
罹患部位	胸腔内臓器:リンパ管腫様病変:[なし ・ あり]				胸腔内臓器:リンパ液貯留:[なし ・ あり]			
	詳細:()							
	腹腔内臓器:リンパ管腫様病変:[なし ・ あり]				腹腔内:リンパ液貯留:[なし ・ あり]			
	詳細:()							
骨病変:[なし ・ あり]								
詳細:()								
部位 (その他):()								
症状	全身	栄養障害:[なし ・ あり]			出血傾向:[なし ・ あり]			
	呼吸器・循環器	心機能低下:[なし ・ あり]			心不全:[なし ・ あり]		気管・気管支狭窄症状:[なし ・ あり]	
	消化器	脾臓病変:[なし ・ あり]						
	筋・骨格	骨溶解:[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]				症状 (その他):()		
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	病理検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 所見:()							

告示番号	9	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)	2/2	
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)				
画像検査	部位: ()					
	所見: ()					
	CTまたはMRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)				
	部位: ()					
画像検査	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): ()					
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
病理検査	病理検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)				
	部位: ()					
画像検査	所見: ()					
	超音波検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)				
	部位: ()					
	所見: ()					
画像検査	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)				
画像検査	部位: ()					
	所見: ()					
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)				
	部位: ()					
画像検査	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	アルブミン製剤: [なし ・ あり]	免疫グロブリン補充療法: [未実施 ・ 静注 ・ 皮下注]				
	薬物療法 (その他): ()					
輸血療法	成分輸血療法: [なし ・ あり]					
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]					
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]					
手術	外科的切除: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]					
	術式: ()					
	所見: ()					
治療	胸腔穿刺: [なし ・ あり]	腹腔穿刺: [なし ・ あり]				
	硬化療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]					
	使用薬剤名: ()					
今後の治療方針	治療 (その他): ()					
	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	
					小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	

告示番号		1		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)		1/2		
病名	8 遺伝性出血性末梢血管拡張症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号		受診日	年 月 日							
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(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										
現在の生活状態	社会活動:[制限なし・制限あり] 社会活動(その他):() 日常生活:[制限なし・制限あり]									
症状	全身	DIC:[なし・あり]		血栓症:[なし・あり]						
		毛細血管拡張症:[なし・あり]		部位(舌・口唇・口腔):[なし・あり]		部位(手指):[なし・あり]		部位(消化管):[なし・あり]		
		動脈奇形:[なし・あり]		部位(脳):[なし・あり]		部位(脊髄):[なし・あり]		部位(肺):[なし・あり]		部位(肝臓):[なし・あり]
	消化器	下血:[なし・あり]		消化管出血:[なし・あり]						
	精神・神経	神経症状:[なし・あり]		脳出血:[なし・あり]						
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]		腎機能低下:[なし・あり]						
	内分泌・代謝	過多月経:[なし・あり]								
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[なし・あり]		SpO ₂ (Room air):()%						
	耳鼻咽喉	鼻出血(反復性):[なし・あり]		頻度:[年に数回・月に数回・週に数回・毎日]				輸血の必要性:[なし・あり]		
	その他	歯肉出血:[なし・あり]		症状(その他):()						
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載										
現在の生活状態	社会活動:[制限なし・制限あり] 社会活動(その他):() 日常生活:[制限なし・制限あり]									
症状	全身	DIC:[なし・あり]		血栓症:[なし・あり]						
		毛細血管拡張症:[なし・あり]		部位(舌・口唇・口腔):[なし・あり]		部位(手指):[なし・あり]		部位(消化管):[なし・あり]		
		動脈奇形:[なし・あり]		部位(脳):[なし・あり]		部位(脊髄):[なし・あり]		部位(肺):[なし・あり]		部位(肝臓):[なし・あり]
	消化器	下血:[なし・あり]		消化管出血:[なし・あり]						
	精神・神経	神経症状:[なし・あり]		脳出血:[なし・あり]						
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]		腎機能低下:[なし・あり]						
	内分泌・代謝	過多月経:[なし・あり]								
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[なし・あり]		SpO ₂ (Room air):()%						
	耳鼻咽喉	鼻出血(反復性):[なし・あり]		頻度:[年に数回・月に数回・週に数回・毎日]				輸血の必要性:[なし・あり]		
	その他	歯肉出血:[なし・あり]		症状(その他):()						

告示番号 **1** 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) **2/2**

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

血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()‰ 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()fl 血小板数: ()×10 ⁴ /μL PT: ()秒 · % PT-INR: () APTT: ()秒 FDP: ()μg/mL · 未実施 D-dimer: ()μg/mL · 未実施 フィブリノゲン: ()mg/dL アンチトロンピン: ()%
病理検査	病理検査: [未実施 · 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 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: ()
	CT検査: [未実施 · 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	MRI検査: [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) エンドグリリン遺伝子異常: [なし · あり] ACVRL1遺伝子異常: [なし · あり] SMAD4遺伝子異常: [なし · あり] 遺伝子異常 (その他): ()
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

血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()‰ 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL ヘマトクリット (Ht): ()fl 血小板数: ()×10 ⁴ /μL PT: ()秒 · % PT-INR: () APTT: ()秒 FDP: ()μg/mL · 未実施 D-dimer: ()μg/mL · 未実施 フィブリノゲン: ()mg/dL アンチトロンピン: ()%
病理検査	病理検査: [未実施 · 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 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: ()
	CT検査: [未実施 · 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	MRI検査: [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) エンドグリリン遺伝子異常: [なし · あり] ACVRL1遺伝子異常: [なし · あり] SMAD4遺伝子異常: [なし · あり] 遺伝子異常 (その他): ()
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

家族歴	本疾患の家族歴: [なし · あり · 不明] 患児との続柄: 祖父母: [なし · あり · 不明] 両親: [なし · あり · 不明] 兄弟: [なし · あり · 不明] 子: [なし · あり · 不明] 叔父・叔母: [なし · あり · 不明] その他: ()
-----	--

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	抗けいれん薬: [なし · あり] 薬剤名: () 薬物療法: [なし · あり] 詳細: ()
呼吸管理	酸素療法: [未実施 · 実施]
輸血療法	赤血球輸血: [なし · あり] 頻度: [1か月1回未満 · 1か月1回以上] 血小板輸血: [なし · あり] 頻度: [1か月1回未満 · 1か月1回以上]
内視鏡的治療	内視鏡的治療: [未実施 · 実施] 実施日: (年 月 日)
放射線療法	定位放射線療法: [未実施 · 実施] 実施日: (年 月 日)
手術	塞栓術: [未実施 · 実施予定 · 実施済] 部位 (鼻腔): [未実施 · 実施予定 · 実施済] 部位 (肺): [未実施 · 実施予定 · 実施済] 部位 (脳・脊髄): [未実施 · 実施予定 · 実施済] 部位 (肝): [未実施 · 実施予定 · 実施済]
	脳外科的治療: [未実施 · 実施予定 · 実施済] 所見: ()
	外科的治療 (その他): [未実施 · 実施予定 · 実施済] 所見: ()
移植	肝移植: [未実施 · 実施] 実施日: (年 月 日)
治療	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
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

告示番号		2		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)		1/2	
病名	9 カサバツハ・メリット (Kasabach-Merritt) 現象 (症候群)								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
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			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 (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													
症状	全身	DIC : [なし ・ あり]											
		巨大血管腫 : [なし ・ あり]											
		部位 (四肢) : [なし ・ あり] 部位 (頭頸部) : [なし ・ あり] 部位 (体幹) : [なし ・ あり] 部位 (内臓) : [なし ・ あり] 部位 (その他) : ()											
	皮膚・粘膜	出血斑 : [なし ・ あり]					紫斑 : [なし ・ あり]						
	消化器	消化管出血 : [なし ・ あり]											
	精神・神経	頭蓋内出血 : [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	過多月経 : [なし ・ あり]											
耳鼻咽喉	鼻出血 : [なし ・ あり]												
その他	歯肉出血 : [なし ・ あり]												
	症状 (その他) : ()												
臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載													
症状	全身	DIC : [なし ・ あり]											
		巨大血管腫 : [なし ・ あり]											
		部位 (四肢) : [なし ・ あり] 部位 (頭頸部) : [なし ・ あり] 部位 (体幹) : [なし ・ あり] 部位 (内臓) : [なし ・ あり] 部位 (その他) : ()											
	皮膚・粘膜	出血斑 : [なし ・ あり]					紫斑 : [なし ・ あり]						
	消化器	下血 : [なし ・ あり]					消化管出血 : [なし ・ あり]						
	精神・神経	頭蓋内出血 : [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	過多月経 : [なし ・ あり]											
耳鼻咽喉	鼻出血 : [なし ・ あり]												
その他	歯肉出血 : [なし ・ あり]												
	症状 (その他) : ()												
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													
血液検査	白血球数 : () / μ L 好中球 : () % リンパ球 : () % 単球 : () % 好酸球 : () % 網赤血球 : () % 赤血球数 : () $\times 10^4 / \mu$ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL 平均赤血球容積 (MCV) : () fL 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L PT : () 秒 ・ % PT-INR : () APTT : () 秒 FDP : () μ g/mL ・ 未実施 D-dimer : () μ g/mL ・ 未実施 フィブリノゲン : () mg/dL アンチトロンピン : () % 出血時間 : () 分												
	血小板機能検査 : [未実施 ・ 実施] 検査方法 : () 所見 : ()												

告示番号 **2** 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) **2/2**

画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	MRI検査 (脳脊髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	MRI検査 (その他): [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

血液検査	白血球数: ()/μL 好中球: ()% リンパ球: ()% 単球: ()% 好酸球: ()% 網赤血球: ()% 赤血球数: ()×10 ⁴ /μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 平均赤血球容積 (MCV): ()fL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL PT: ()秒 ・ % PT-INR: () APTT: ()秒 FDP: ()μg/mL ・ 未実施 D-dimer: ()μg/mL ・ 未実施 フィブリノゲン: ()mg/dL アンチトロンピン: ()% 出血時間: ()分
	血小板機能検査: [未実施 ・ 実施] 検査方法: () 所見: ()

画像検査	超音波検査 (肝・脾): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	CT検査 (肝): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	MRI検査 (脳脊髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	MRI検査 (その他): [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: ()
-----	-----------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 抗腫瘍薬: [なし ・ あり] 薬剤名: () 抗凝固療法: [なし ・ あり] 薬剤名: () ステロイド薬: [なし ・ あり] 抗血小板療法: [なし ・ あり] 抗線溶療法: [なし ・ あり] インターフェロン療法: [なし ・ あり]
------	---

輸血療法	赤血球輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上] 血小板輸血: [なし ・ あり] 頻度: [1か月1回未満 ・ 1か月1回以上]
------	--

放射線療法 放射線療法: [未実施 ・ 実施]

手術 塞栓術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
手術 (その他): ()

治療 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
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()