

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〉		1/3									
病名		2 巨大静脈奇形								受付種別		☐ 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)																			
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]			
		顎部		[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]				前顎部		[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) : ()				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]			
		顎部		[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]				前顎部		[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]																			

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

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]
○	認定
△	不認定
×	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]

保險情報

保險者番号 () 被保險者記号 ()
 被保險者番号 () 被保險者個人單位校番 ()
 資格取得年月日 年 月 日