

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		3 巨大動静脈奇形						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
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 (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 ]			
		顎部: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]				前頸部: [ 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 ]					
罹患部位		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 ]					
罹患部位		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 ]											
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 ]											
症状	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): ( )											
	眼	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 ]			
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		病理検査: [ 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 )				( ) ( )			

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

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〈継続申請用〉	2/2
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 ) 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	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 ( )				