

告示番号		90		神経・筋疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3	
病名	40 脳動静脈奇形							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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)					
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)												
症状	精神・神経	精神発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
		移動障害: [なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]											
		頭痛: [なし ・ あり] 頻度: ()											
		詳細: ()											
		てんかん: [なし ・ あり] 発作型: ()											
		頻度: [日単位 ・ 週単位 ・ 月単位 ・ 年単位]											
		精神症状: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
		失語症: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
筋・骨格	筋・骨格	発達障害: [なし ・ あり ・ 不明]											
		自閉スペクトラム症: [なし ・ あり ・ 不明]											
		注意欠如多動症: [なし ・ あり ・ 不明]					限局性学習症: [なし ・ あり ・ 不明]						
		発達障害 (その他): ()											
		麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: ()											
		詳細: ()											
眼	眼	視野欠損: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
その他	その他	症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	精神・神経	精神発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
		移動障害: [なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]											
		頭痛: [なし ・ あり] 頻度: ()											
		詳細: ()											
		てんかん: [なし ・ あり] 発作型: ()											
		頻度: [日単位 ・ 週単位 ・ 月単位 ・ 年単位]											
		精神症状: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
		失語症: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
筋・骨格	筋・骨格	発達障害: [なし ・ あり ・ 不明]											
		自閉スペクトラム症: [なし ・ あり ・ 不明]											
		注意欠如多動症: [なし ・ あり ・ 不明]					限局性学習症: [なし ・ あり ・ 不明]						
		発達障害 (その他): ()											
		麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: ()											
		詳細: ()											
筋・骨格	筋・骨格	感覚障害: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: ()											
		詳細: ()											
筋・骨格	筋・骨格	筋緊張低下: 体幹: [なし ・ あり ・ 不明]					四肢: [なし ・ あり ・ 不明]						
		筋緊張亢進: 体幹: [なし ・ あり ・ 不明]					四肢: [なし ・ あり ・ 不明]						

症状	眼	視野欠損：[なし ・ あり] 詳細：()
	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		
画像検査	MRI検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	血管造影 (脳)：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
ナイダス (nidus) のサイズ：[全摘出済 ・ 3cm未満 ・ 3~6cm ・ 6cm以上]		
機能的な重要部位：[全摘出済 ・ 含まない ・ 含む]		静脈還流部位：[全摘出済 ・ 脳表のみ ・ 深部]
出血部位：()		
所見 (その他)：()		
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日) 実施時年齢：(歳 か月)
	検査名：[田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他]	
検査名 (その他)：()		
DQまたはIQ値：()		
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		
画像検査	MRI検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
	血管造影 (脳)：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)
ナイダス (nidus) のサイズ：[全摘出済 ・ 3cm未満 ・ 3~6cm ・ 6cm以上]		
機能的な重要部位：[全摘出済 ・ 含まない ・ 含む]		静脈還流部位：[全摘出済 ・ 脳表のみ ・ 深部]
出血部位：()		
所見 (その他)：()		
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日) 実施時年齢：(歳 か月)
	検査名：[田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他]	
検査名 (その他)：()		
DQまたはIQ値：()		
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：()	
既往歴	既往歴：[なし ・ あり] 詳細：()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法	抗てんかん薬：[なし ・ あり] 薬物療法 (その他)：()	
手術	脳動静脈奇形摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日：(年 月 日)
	術式：() 所見：()	
放射線治療	塞栓術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日：(年 月 日)
	術式：() 所見：()	
放射線治療	定位放射線治療：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日)	
照射装置：()		
照射線量 (辺縁線量、回数)：()		
治療	治療 (その他)：()	
今後の治療方針	今後の治療方針：()	
	運動部活動：[可 ・ 条件付可 ・ 禁]	
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 ()	
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