

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 ()