

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)		1/3
-------------	----------	--	--	------------

病名	3 巨大動脈奇形				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		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)									
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]										
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): ()								
		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) **2/3**

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):() 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	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		
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