

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)		1/3	
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 → ( )				
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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 ]		頬部: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]						
	眼窩: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		耳部: [ 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 ]		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): ( )											
		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 (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: ( )										

告示番号	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)	2/3
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				
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