

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]	前顔部 : [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]					
罹患部位	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]					
罹患部位	縦隔 : [なし ・ あり]	腹腔内 : [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]					
罹患部位	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]					
罹患部位	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]				
	呼吸器・循環器	腫脹 (病変部) : [なし ・ あり]	感染症 (病変部) : [なし ・ あり]					
	筋・骨格	呼吸障害 : [なし ・ あり]	心機能低下 : [なし ・ あり]	心不全 : [なし ・ あり]				
	皮膚・粘膜	運動障害 : [なし ・ あり]						
	精神・神経	皮膚潰瘍 : [なし ・ あり]						
		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]				
	眼	感覚障害 (その他) : ()						
	耳鼻咽喉	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]				
その他	視力障害 : [なし ・ あり]	視野障害 : [なし ・ あり]						
その他	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]							
その他	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 : ()							

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
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()