

病名	36 脳動静脈奇形			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	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

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: ()
		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: ()
		感覚障害: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: ()	詳細: ()
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]	
眼	視野欠損: [なし ・ あり]	詳細: ()	
その他	症状 (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: ()
	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

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 _____ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)