

告示番号		3		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							受付種別		<input type="checkbox"/> 新規				
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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		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 (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]							
		顎部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		前顎部: [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]		頬部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		咽頭/喉頭: [なし ・ あり]							
		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]		臀部: [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]		後腹膜: [なし ・ あり]							
		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]		手: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]							
症状		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]		手関節: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		手: [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]		足: [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]		足関節: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		足: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]									
		部位 (その他): ()		部位 (その他): ()		部位 (その他): ()		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]		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]		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]		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]							
		部位 (その他): ()		部位 (その他): ()		部位 (その他): ()		部位 (その他): ()							
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): ()		知覚過敏: [なし ・ あり ・ 不明]		疼痛: [なし ・ あり ・ 不明]							
				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]							
		顎部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		前顎部: [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]		頬部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		咽頭/喉頭: [なし ・ あり]							
		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]		臀部: [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]		後腹膜: [なし ・ あり]							
		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]		手: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]							
症状		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]		手関節: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		手: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]									
		部位 (その他): ()		部位 (その他): ()		部位 (その他): ()		部位 (その他): ()							

受給者番号（										）										患者氏名（										）									
告示番号		3		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]																																					
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																																					
		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										(印)																			
										()																			