

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〈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]			前頸部: [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]					
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]					
罹患部位		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: ()											

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〈継続申請用〉	2/2
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 (印) 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()				