

告示番号		94		神経・筋疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2															
病名		42 脳動静脈奇形						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)																			
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)																									
症状		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] 機能的重要な部位：[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：[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：()											

