

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〉		1/3		
病名		3 巨大動静脈奇形						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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)						
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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日				BMI		
												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														
最終受診日		(年 月 日)												
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]						
		頸部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		前額部: [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]		咽頭/喉頭: [なし ・ あり]								
		顎部: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		鼻部: [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]								
		肩: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		上腕: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]		肘: [なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]								
罹患部位		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]												
		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]								
		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: ()												

