

## 279 巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）

## ■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

## ■ 基本情報

姓（かな）				名（かな）				
姓（漢字）				名（漢字）				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓（かな）				名（かな）			
	姓（漢字）				名（漢字）			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞（男性）							
	<input type="checkbox"/> 5. 同胞（女性） <input type="checkbox"/> 6. 祖父（父方） <input type="checkbox"/> 7. 祖母（父方）							
<input type="checkbox"/> 8. 祖父（母方） <input type="checkbox"/> 9. 祖母（母方） <input type="checkbox"/> 10. いとこ								
<input type="checkbox"/> 11. その他 *11を選択の場合、以下に記入								
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

■ 診断基準に関する事項

A. 脈管奇形（血管奇形およびリンパ管奇形）診断基準

軟部・体表などの血管あるいはリンパ管の異常な拡張・吻合・集簇など、構造の異常から成る病変で、理学的所見、画像診断あるいは病理組織にてこれを認めるもの	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 静脈奇形（海綿状血管腫）	<input type="checkbox"/> 動静脈奇形 <input type="checkbox"/> リンパ管奇形（リンパ管腫）
<input type="checkbox"/> リンパ管腫症・ゴーハム病	<input type="checkbox"/> 毛細血管奇形（単純性血管腫・ポートワイン母斑）
<input type="checkbox"/> 混合型脈管奇形（混合型血管奇形）	

鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 <input type="checkbox"/> 3. 不明
1. 血管あるいはリンパ管を構成する細胞等に腫瘍性の増殖がある疾患	<input type="checkbox"/> 乳児血管腫（イチゴ状血管腫） <input type="checkbox"/> 血管肉腫
2. 明らかな後天性病変	<input type="checkbox"/> 静脈瘤 <input type="checkbox"/> リンパ浮腫 <input type="checkbox"/> 外傷性・医原性動静脈瘻 <input type="checkbox"/> 動脈瘤

**B. 細分類 巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変） 診断基準**

1. 画像検査所見	
頸部・口腔・咽頭の3つの領域にわたってびまん性かつ連続性に、拡張または集簇した分葉状、海綿状あるいは静脈瘤状の静脈性血管腔を有する病変を認める。内部に緩徐な血流がみられるが、血栓や石灰化を伴うことがある。	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 病変が患者の手掌大以上の大きさである（※手掌大とは患者本人の指先から手関節までの手掌の面積をさす） <input type="checkbox"/> 静脈性病変であることが確認できる	
検査方法	<input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 血管造影（直接穿刺造影あるいは静脈造影） <input type="checkbox"/> CT
2. 理学的所見	
腫瘤状あるいは静脈瘤状であり、表在性病変であれば青色の色調である。圧迫にて虚脱する。病変部の下垂にて膨満し、拳上により虚脱する。	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 病理所見	
拡張した血管の集簇がみられ、血管の壁には弾性線維が認められる。平滑筋が存在するが壁の一部で確認できないことも多い。成熟した血管内皮が内側を覆う。	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

**<診断のカテゴリー>**

<input type="checkbox"/> A. を満たし、鑑別疾患を除外した上で、Bの1. で病変の存在の確認と質的診断ができる。
<input type="checkbox"/> A. を満たし、鑑別疾患を除外した上で、Bの1. で病変の存在を確認でき、2. または3. で質的診断ができる。
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

**症状の概要、経過、特記すべき事項など \*250文字以内かつ7行以内**

--

**■ 臨床所見**

身長・体重	身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
疾患部位（複数選択可）				
【頭頸部表在】				
頭部	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	上下口唇	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	
前額部	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	下顎後窩	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	
眉部・上眼瞼	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	顎下部（前頸三角上部）	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	

鼻部	<input type="checkbox"/> あり	前頸部（前頸三角下部）	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L
頬部	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	側頸部	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L
耳下腺部	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	後頸部（後頸下三角）	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L
耳介	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	鎖骨上窩	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L
<b>【頭頸部深部】</b>				
眼窩内	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	口腔内頬粘膜下	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L
舌内	<input type="checkbox"/> あり	喉頭蓋・披裂部・声帯	<input type="checkbox"/> あり	
咽頭後壁	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	頸部気管内	<input type="checkbox"/> あり	
頭蓋内	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L			
その他の疾患部位（複数選択可）			<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
<input type="checkbox"/> 腋窩 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 胸部（表在） <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 腹腔内・後腹膜 <input type="checkbox"/> 腹部（表在） <input type="checkbox"/> 背部（表在） <input type="checkbox"/> 鼠径部 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他 *その他を選択の場合、以下に記入				
<p>大きさ（長径）（多数の場合最大の病変）cm と手掌の何倍か、の 2 つの方法で教えてください</p> <input type="checkbox"/> 30cm 以上 <input type="checkbox"/> 20cm 以上 30cm 未満 <input type="checkbox"/> 15cm 以上 20cm 未満 <input type="checkbox"/> 10cm 以上 15cm 未満 <input type="checkbox"/> 5cm 以上 10cm 未満 <input type="checkbox"/> 5cm 未満 <input type="checkbox"/> その他 *その他を選択の場合、以下に記入				
<input type="checkbox"/> 手掌の 5 倍以上 <input type="checkbox"/> 3 倍以上 5 倍未満 <input type="checkbox"/> 2 倍以上 3 倍未満 <input type="checkbox"/> 2 倍未満 <input type="checkbox"/> その他 *その他を選択の場合、以下に記入				

受診時および既往症状（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> リンパ漏 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 整容障害 <input type="checkbox"/> 機能的障害 <input type="checkbox"/> a. 知覚 <input type="checkbox"/> b. 運動 <input type="checkbox"/> c. 視覚 <input type="checkbox"/> d. 聴覚 <input type="checkbox"/> e. 平衡 <input type="checkbox"/> f. 音声機能 <input type="checkbox"/> g. 心臓機能 <input type="checkbox"/> h. 神経または精神障害 <input type="checkbox"/> その他 *その他を選択の場合、以下に記入	
病変の外観（最終診察時（現在）の状況。体幹は肌着着用状態で）	
<input type="checkbox"/> 非常に目立つ <input type="checkbox"/> すぐにわかる <input type="checkbox"/> よく見るとわかる <input type="checkbox"/> わからない	
外科的切除の可能性（病変が残存している場合）	
<input type="checkbox"/> 切除による改善の余地あり（合併症リスク小） <input type="checkbox"/> 切除による改善の余地あり（合併症リスク大） <input type="checkbox"/> 切除は不可能ではないが、合併症を考慮すると選択しにくい <input type="checkbox"/> 切除による改善が見込めない	

■ 治療その他

当該施設での治療歴（治療回数）（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
<input type="checkbox"/> 外科手術	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	<input type="checkbox"/> 硬化療法	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
<input type="checkbox"/> 塞栓術	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	<input type="checkbox"/> レーザー治療	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
<input type="checkbox"/> 薬物療法 薬剤名 <input type="checkbox"/> 自由記載 [複数可] *50 文字以内かつ 3 行以内			
<input type="checkbox"/> 放射線治療			
<input type="checkbox"/> その他	治療名	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	
有効であった治療 （自由記載 [複数可]） *50 文字以内かつ 3 行以内	<input type="checkbox"/> 1. あり *1 を選択の場合、以下に記入 <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		

転帰※（腫瘍体積と症状の両者を記入する）	
腫瘍の体積	<input type="checkbox"/> 治癒・消失 <input type="checkbox"/> 著明に縮小 <input type="checkbox"/> 軽度縮小 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増大 <input type="checkbox"/> 判断できない <input type="checkbox"/> その他 *その他を選択の場合、以下に記入
主な症状 1	内容
	<input type="checkbox"/> 治癒・消失 <input type="checkbox"/> 著明に改善 <input type="checkbox"/> 軽度改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 判断できない <input type="checkbox"/> その他 *その他を選択の場合、以下に記入
主な症状 2	内容
	<input type="checkbox"/> 治癒・消失 <input type="checkbox"/> 著明に改善 <input type="checkbox"/> 軽度改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 判断できない <input type="checkbox"/> その他 *その他を選択の場合、以下に記入

※転帰については治療歴があれば当該施設での治療開始前と比較し、無治療の場合は初診時と比較する。  
 以下の記載を参考にして判定する。

転帰（腫瘍の体積）
治癒・消失    (腫瘍のほぼ消失)
著明に縮小    (腫瘍体積の縮小率が 50%以上)
軽度縮小      (腫瘍体積の縮小率が 50%未満)
不変            (腫瘍体積の縮小率がほぼ 0%)
増大            (腫瘍体積の明らかな増大)



転帰（症状）〔症状の改善率は可能であればVAS（visual analog scale）、NRS（numerical rating scale）や重症度などを参考にする〕	
治癒・消失	（症状のほぼ消失）
著明に改善	（症状の改善率が50%以上）
軽度改善	（症状の改善率が50%未満）
不変	（症状の改善率がほぼ0%）
悪化	（症状の明らかな悪化）

■ 重症度分類に関する事項

modified Rankin Scale (mRS)

<input type="checkbox"/>	0. まったく症候がない
<input type="checkbox"/>	1. 症候はあっても明らかな障害はない（日常の勤めや活動は行える）
<input type="checkbox"/>	2. 軽度の障害 （発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える）
<input type="checkbox"/>	3. 中等度の障害（何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える）
<input type="checkbox"/>	4. 中等度から重度の障害（歩行や身体的要求には介助が必要である）
<input type="checkbox"/>	5. 重度の障害（寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする）

食事・栄養

<input type="checkbox"/>	0. 症候なし
<input type="checkbox"/>	1. 時にむせる、食事動作がぎこちないなどの症候があるが、社会生活・日常生活に支障ない
<input type="checkbox"/>	2. 食物形態の工夫や、食事時の道具の工夫を必要とする
<input type="checkbox"/>	3. 食事・栄養摂取に何らかの介助を要する
<input type="checkbox"/>	4. 補助的な非経口的栄養摂取（経管栄養、中心静脈栄養など）を必要とする
<input type="checkbox"/>	5. 全面的に非経口的栄養摂取に依存している

呼吸

<input type="checkbox"/>	0. 症候なし
<input type="checkbox"/>	1. 肺活量の低下などの所見はあるが、社会生活・日常生活に支障ない
<input type="checkbox"/>	2. 呼吸障害のために軽度の息切れなどの症状がある
<input type="checkbox"/>	3. 呼吸症状が睡眠の妨げになる、あるいは着替えなどの日常生活動作で息切れが生じる
<input type="checkbox"/>	4. 喀痰の吸引あるいは間欠的な換気補助装置使用が必要
<input type="checkbox"/>	5. 気管切開あるいは継続的な換気補助装置使用が必要



## 聴覚

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 0. 25dBHL 未満 (正常)              | <input type="checkbox"/> 1. 25dBHL 以上 40dBHL 未満 (軽度難聴) |
| <input type="checkbox"/> 2. 40dBHL 以上 70dBHL 未満 (中等度難聴) | <input type="checkbox"/> 3. 70dBHL 以上 90dBHL 未満 (高度難聴) |
| <input type="checkbox"/> 4. 90dBHL 以上 (重度難聴)            |  |

※500、1000、2000Hz の平均値で、聞こえが良い耳 (良聴耳) の値で判断

## 視覚

良好な方の眼の矯正視力が 0.3 未満

1. 該当     2. 非該当     3. 不明

## 出血、感染

### 出血

0. 症候なし
1. ときおり出血するが日常の務めや活動は行える
2. しばしば出血するが、自分の身の周りのことは医療的処置なしに行える
3. 出血の治療のため一年間に数回程度の医療的処置を必要とし、日常生活に制限を生じるが、治療により出血予防・止血が得られるもの
4. 致死的な出血のリスクをもつもの、または、慢性出血性貧血のため月一回程度の輸血を定期的に必要とするもの
5. 致死的な出血のリスクが非常に高いもの

### 感染

0. 症候なし
1. ときおり感染を併発するが日常の務めや活動は行える
2. しばしば感染を併発するが、自分の身の周りのことは医療的処置なしに行える
3. 感染・蜂窩織炎の治療のため一年間に数回程度の医療的処置を必要とし、日常生活に制限を生じるが、治療によって感染症状の進行を抑制できるもの
4. 敗血症などの致死的な感染を合併するリスクをもつもの
5. 敗血症などの致死的な感染を合併するリスクが非常に高いもの



■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり		
開始時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月		
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行		
生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

医療機関名												
指定医番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名	印 ※自筆または押印のこと											
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- 病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。(ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。)
- 治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。
- 診断基準、重症度分類については、  
「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」(平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知)を参照の上、ご記入ください。
- 審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。