

22 もやもや病

P3

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

(1) MRA または脳血管カテーテル検査における頭蓋内内頸動脈終末部を中心とした領域の狭窄または閉塞

 1. あり

 2. なし

MRIまたはMRAで診断した場合、キーフィルムの提出が必須です。

P3

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

(例) 令和3年7月1日 脳血管造影により診断。

特記事項に診断方法および検査日についての記載をお願いします。
脳血管造影で診断した場合は、添付書類は不要です。

22 もやもや病②

P5 ■ 重症度分類に関する事項

該当する項目に☑を記入（複数選択可）

- 1. (小児例 (18歳未満) のみ) 運動障害、知的障害、意識障害、自閉傾向、行動障害 (自傷行為、多動)、けいれん発作、皮膚所見 (疾病に特徴的で、治療を要するもの)、呼吸異常、体温調節異常、温痛覚低下、骨折または脱臼のうち1つ以上の症状が続く
- 2. Barthel Index が85点以下
- 3. 成人例では、画像上、脳梗塞などの所見があり高次脳機能低下と判断された場合
- 4. 手術適応者および術後5年間以内の手術患者
- 5. 再発例 (画像上の新たな梗塞、出血の出現)
- 6. いずれにも該当しない

手術適応者とは、以下のとおりです。

1. 虚血発症例
2. 出血発症例
3. SPECT や PET などにより術前の脳循環代謝を評価し、障害が認められる症例

整合性が確認できない場合が散見されます。
各重症度分類に関連する項目を確認してください。

(例)

P5	合計点数	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/100点	
P2	高次脳機能障害・認知機能低下	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	
P4	脳卒中の発生 ※申請時から 週り1年間	一過性脳虚血発作	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
		脳梗塞	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
		頭蓋内出血	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
P4	■ 治療その他			
	外科的血管再建			
	直接血管吻合	左側	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	右側 <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明
		間接血管再建	左側 <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	右側 <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明

22 もやもや病③

P5

■ 重症度分類に関する事項

該当する項目に☑を記入（複数選択可）

- 1. (小児例(18歳未満)のみ) 運動障害、知的障害、意識障害、自閉傾向、行動障害(自傷行為、多動)、けいれん発作、皮膚所見(疾病に特徴的で、治療を要するもの)、呼吸異常、体温調節異常、温痛覚低下、骨折または脱臼のうち1つ以上の症状が続く
- 2. Barthel Index が85点以下
- 3. 成人例では、画像上、脳梗塞などの所見があり高次脳機能低下と判断された場合
- 4. 手術適応者および術後5年間以内の手術患者
- 5. 再発例 画像上の新たな梗塞、出血の出現
- 6. いずれにも該当しない

直近6か月以内に再発例に該当する例が対象です。
再発例の所見が直近6か月以上前の場合は重症度を満たしません。