

告示番号		8		脈管系疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2			
病名	6 リンパ管腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載											
罹患部位	頭部:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 後頭部:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 舌:[なし ・ あり] 頸部:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 眼窩:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 頬部:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 気道周囲 (病変の接触):[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]										
	部位 (体幹):肺:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 腋窩:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 上縦隔:[なし ・ あり] 下縦隔:[なし ・ あり] 腹腔内:[なし ・ あり] 後腹膜:[なし ・ あり]										
	部位 (上肢):上肢:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 部位 (下肢):下肢:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]										
	部位 (その他):()										
症状	全身	経口摂取困難:[なし ・ あり]					感染症 (病変部):[なし ・ あり]				
	呼吸器・循環器	気管・気管支狭窄症状:[なし ・ あり]									
	筋・骨格	運動障害:[なし ・ あり] 詳細:()									
		骨病変:[なし ・ あり] 部位:()									
	耳鼻咽喉	発声困難:[なし ・ あり]									
その他	症状 (その他):()										
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載											
罹患部位	頭部:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 後頭部:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 舌:[なし ・ あり] 頸部:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 眼窩:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 頬部:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 気道周囲 (病変の接触):[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]										
	部位 (体幹):肺:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 腋窩:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 上縦隔:[なし ・ あり] 下縦隔:[なし ・ あり] 腹腔内:[なし ・ あり] 後腹膜:[なし ・ あり]										
	部位 (上肢):上肢:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側] 部位 (下肢):下肢:[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]										
	部位 (その他):()										
症状	全身	経口摂取困難:[なし ・ あり]					感染症 (病変部):[なし ・ あり]				
	呼吸器・循環器	気管・気管支狭窄症状:[なし ・ あり]									
	筋・骨格	運動障害:[なし ・ あり] 詳細:()									
		骨病変:[なし ・ あり] 部位:()									
	耳鼻咽喉	発声困難:[なし ・ あり]									
その他	症状 (その他):()										
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載											
病理検査	切除標本:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()										
	嚢胞内液所見 (生化学検査等):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()										

告示番号 **8** 脈管系疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	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: ()
	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): ()

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

病理検査	切除標本: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	嚢胞内液所見 (生化学検査等): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 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: ()
	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: ()
	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] 血液製剤補充: [なし ・ あり] 使用薬剤名: ()
呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり] 非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり] 気管切開管理: [なし ・ あり] 気管挿管: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり]
栄養管理	中心静脈栄養: [なし ・ あり] 経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む): [なし ・ あり]

手術	外科的切除: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 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: ()
	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
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()