

告示番号		9		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	7 リンパ管腫症					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
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	胸腔内臓器:リンパ管腫様病変:[なし・あり]		胸腔内臓器:リンパ液貯留:[なし・あり]				
	詳細:()						
	腹腔内臓器:リンパ管腫様病変:[なし・あり]		腹腔内:リンパ液貯留:[なし・あり]				
	詳細:()						
症状	全身	栄養障害:[なし・あり]		出血傾向:[なし・あり]			
	呼吸器・循環器	心機能低下:[なし・あり]		心不全:[なし・あり]		気管・気管支狭窄症状:[なし・あり]	
	消化器	脾臓病変:[なし・あり]					
	筋・骨格	骨溶解:[なし・あり]					
その他	胸水・腹水・リンパ液等の体液の喪失:[なし・あり] 症状(その他):()						
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載							
罹患部位	胸腔内臓器:リンパ管腫様病変:[なし・あり]		胸腔内臓器:リンパ液貯留:[なし・あり]				
	詳細:()						
	腹腔内臓器:リンパ管腫様病変:[なし・あり]		腹腔内:リンパ液貯留:[なし・あり]				
	詳細:()						
症状	全身	栄養障害:[なし・あり]		出血傾向:[なし・あり]			
	呼吸器・循環器	心機能低下:[なし・あり]		心不全:[なし・あり]		気管・気管支狭窄症状:[なし・あり]	
	消化器	脾臓病変:[なし・あり]					
	筋・骨格	骨溶解:[なし・あり]					
その他	胸水・腹水・リンパ液等の体液の喪失:[なし・あり] 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	病理検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 所見:()						

告示番号	9		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					
画像検査	部位: ()									
	所見: ()									
	CTまたはMRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: ()	年	月	日					
	部位: ()									
画像検査	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	病理検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: ()	年	月	日					
	部位: ()									
画像検査	所見: ()									
	超音波検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: ()	年	月	日					
	部位: ()									
	所見: ()									
画像検査	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					
画像検査	部位: ()									
	所見: ()									
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施]	実施日: ()	年	月	日					
	部位: ()									
画像検査	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	アルブミン製剤: [なし ・ あり]	免疫グロブリン補充療法: [未実施 ・ 静注 ・ 皮下注]								
	薬物療法 (その他): ()									
輸血療法	成分輸血療法: [なし ・ あり]									
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]							
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]									
手術	外科的切除: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]									
	術式: ()									
	所見: ()									
治療	胸腔穿刺: [なし ・ あり]	腹腔穿刺: [なし ・ あり]								
	硬化療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]									
	使用薬剤名: ()									
今後の治療方針	治療 (その他): ()									
	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 ()							