

<b>告示番号</b>	<b>9</b>	<b>脈管系疾患</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)</b>	<b>1/2</b>
-------------	----------	--------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

<b>病名</b>	<b>7 リンパ管腫症</b>					<b>受付種別</b>	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
<b>受給者番号</b>		<b>受診日</b>	年	月	日						
<b>ふりがな</b>						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
<b>氏名</b> (Alphabet)											
<b>生年月日</b>	年	月	日	<b>意見書記載時の年齢</b>	歳	か	月	日	<b>性別</b>	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
<b>出生体重</b>	g	<b>出生週数</b>	在胎	週	日	<b>出生時に住民登録をした所</b>	( )	都道府県 ( )	市区町村		
<b>現在の身長・体重</b>	<b>身長 (測定日)</b>	cm ( SD)			<b>体重 (測定日)</b>	kg ( SD)		<b>BMI</b>			
		年	月	日		年	月	日	肥満度	%	
<b>発病時期</b>	年	月	頃	<b>初診日</b>	年	月	日				
<b>就学・就労状況</b>	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 ( )										
<b>手帳取得状況</b>	<b>身体障害者手帳</b>	なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級 )					<b>療育手帳</b>	なし ・ あり			
	<b>精神障害者保健福祉手帳 ( 障害者手帳 )</b>		なし ・ あり ( 等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 )								
<b>現状評価</b>	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					<b>運動制限の必要性</b>		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			
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>											
<b>罹患部位</b>	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: ( )										
<b>症状</b>	<b>全身</b>					<b>出血傾向:</b> [ なし ・ あり ]					
	<b>栄養障害:</b> [ なし ・ あり ]										
	<b>呼吸器・循環器</b>		<b>心機能低下:</b> [ なし ・ あり ]			<b>心不全:</b> [ なし ・ あり ]			<b>気管・気管支狭窄症状:</b> [ なし ・ あり ]		
	<b>消化器</b>					<b>脾臓病変:</b> [ なし ・ あり ]					
<b>筋・骨格</b>					<b>骨溶解:</b> [ なし ・ あり ]						
<b>その他</b>					<b>胸水・腹水・リンパ液等の体液の喪失:</b> [ なし ・ あり ]						
症状 (その他): ( )											
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>											
<b>病理検査</b>	<b>病理検査:</b> [ 未実施 ・ 実施 ]					<b>実施日:</b> ( 年 月 日 )					
	部位: ( ) 所見: ( )										
<b>画像検査</b>	<b>超音波検査:</b> [ 未実施 ・ 実施 ]					<b>実施日:</b> ( 年 月 日 )					
	部位: ( ) 所見: ( )										
	<b>単純X線検査:</b> [ 未実施 ・ 実施 ]					<b>実施日:</b> ( 年 月 日 )					
	部位: ( ) 所見: ( )										
<b>CTまたはMRI検査:</b> [ 未実施 ・ 実施 ]					<b>実施日:</b> ( 年 月 日 )						
部位: ( ) 所見: ( )											
<b>画像検査 (その他):</b> [ 未実施 ・ 実施 ]					<b>実施日:</b> ( 年 月 日 )						
部位: ( ) 所見: ( )											
<b>検査所見 (その他)</b>	検査所見 (その他): ( )										
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>											
<b>合併症</b>	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 ] 薬物療法 (その他)：( )	免疫グロブリン補充療法：[ 未実施 ・ 静注 ・ 皮下注 ]	
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 ] 気管挿管：[ なし ・ あり ]	非侵襲的陽圧換気療法：[ なし ・ あり ] 人工呼吸管理：[ なし ・ あり ]	気管切開管理：[ 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：( ) 胸腔穿刺：[ なし ・ あり ]	腹腔穿刺：[ なし ・ あり ]	
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 ( )