告示番号 15 **慢性呼吸器疾患　　平成（　　）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書**

受給者番号（　　）	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 （転出地：　　）				
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成　年　月　日（満　歳）	
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数	在胎　週
現在の身長※2	.　cm	現在の体重※2	.　kg	母の生年月日	昭和 平成　年　月　日
発病	年　月 頃	初診日	年　月　日		
大分類病名	11 リンパ管腫／リンパ管腫症	細分類病名	13 リンパ管腫／リンパ管腫症		

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入

※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

1.臨床所見

現在の症状

該当するものに○をつけ、必要な場合には（ ）内に記載

罹患部位（複数選択可）

頸部　（ なし ・ あり → 左 ・ 右 ・ 両側 ）
頬部　（ なし ・ あり → 左 ・ 右 ）
舌　（ なし ・ あり ）
下縦隔　（ なし ・ あり ）
腋窩　（ なし ・ あり → 左 ・ 右 ）
その他の部位　（ なし ・ あり → 詳細：　　）

気道周囲　（ なし ・ あり ）
後頭部　（ なし ・ あり ）
上縦隔　（ なし ・ あり ）
肺　（ なし ・ あり → 左 ・ 右 ）

現在の身長・体重の測定日　（　年　月　日）
現在の身長　（　）SD　　現在の体重　（　）SD

気道狭窄症状　（ なし ・ あり ）
胸水・腹水・リンパ液等の体液の喪失　（ なし ・ あり ）
骨病変　（ なし ・ あり → 骨病変部位：　　）
経口摂取困難　（ なし ・ あり ）
運動障害　（ なし ・ あり ）

その他の特記すべき症状　（ なし ・ あり → 詳細：　　）

2.検査所見

診断の根拠となった主な検査等の結果

該当するものに○をつけ、必要な場合には（ ）内に記載（数値を用いて具体的に） 継続は現在の状況を記載

画像検査（単純レントゲン写真、CT・MRI、超音波検査・胎児超音波検査、その他）

単純X線写真　（ 未実施 ・ 実施 → 所見：　　）
CT・MRI検査　（ 未実施 ・ 実施 → 所見：　　）
超音波検査　（ 未実施 ・ 実施 → 所見：　　）
その他の画像検査　（ 未実施 ・ 実施 → 所見：　　）

生化学的検査（嚢胞内液の所見など）

（ 未実施 ・ 実施 → 所見：　　）

病理診断（切除標本の所見）

（ 未実施 ・ 実施 → 所見：　　）

3.その他の所見

その他の現在の所見など

合併症　（ なし ・ あり → 詳細：　　）

4. 経 過

現在の治療

薬物療法　（ なし ・ あり → 詳細：　　）
現在の治療　（ なし ・ あり → 持続陽圧呼吸療法 ・ 人工呼吸管理 ・ 酸素療法 ・ 気管切開管理 ・ 気管挿管 ・ 中心静脈カテーテル留置 ・ 中心静脈栄養 ・ 経管栄養（腸瘻/胃瘻含む） ・ 外科的切除 ・ 硬化療法 ・ 蛋白補充療法 ・ 成分輸血療法 ・ その他（　　））

過去の主な治療・検査など

5. 今後の療法方針

就学・就労	1. 就学前　2. 小中学校（通常学級・通級・特別支援学級）　3. 特別支援学校（小中学部・専攻科を含む高等部） 4. 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　5. 大学（短期大学を含む）　6. 就労（就学中の就労も含む） 7. 未就学かつ未就労　8. その他（　　）
現状評価	一つに○印 ： 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明　　人工呼吸器等装着者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院　年　月　日 から　年　月　日 まで 通院　年　月　日 から　年　月　日 まで　（月　回）

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

科

平成　年　月　日　　医師名

印

小児慢性特定疾病指定医番号