

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〉		1/3			
病名		6 リンパ管腫								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県 () 市区町村 ()													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月		日				
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 %	
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		治療 ・ 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															
最終受診日		(年 月 日)													
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:()													

2/3

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日