

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		6 リンパ管腫						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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):()											
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:()											

