

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 日		肥満度 %			
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：()											
		骨病変：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
		部位 (その他)：()											
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：()											
		骨病変：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
		部位 (その他)：()											
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：()														
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：()														
画像検査	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	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：()														
	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：()														
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：()														
画像検査	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	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：()														
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：()														
	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 (印)															
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()															