

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 → ( )			
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 (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 ] 顎部：[ 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：( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

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〉										2/2						
経過（申請時） ※ 直近の状況を記載																															
薬物療法	薬物療法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )																														
輸血療法	成分輸血療法：[ なし ・ あり ] 血液製剤補充：[ なし ・ あり ] 使用薬剤名：( )																														
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 ]																														
手術	外科的切除：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 術式：( ) 所見：( )																														
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										(											)