

病名	6 リンパ管腫					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	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	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:()									

告示番号 6 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：()
	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)：()

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：()
-----	---------------------------

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 ()			