

病名	7 リンパ管腫症					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	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：()										
症状	骨病変：[なし ・ あり]					詳細：()					
	部位 (その他)：()										
	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 (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：()										
画像検査	超音波検査：[未実施 ・ 実施]					実施日：(年 月 日)					
	部位：()										
	単純X線検査：[未実施 ・ 実施]					実施日：(年 月 日)					
	部位：()										
CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施]					実施日：(年 月 日)						
部位：()											
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] 気管挿管: [なし ・ あり] 非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり] 気管切開管理: [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 ()