

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 (新規申請用)		1/3	
病名	6 リンパ管腫							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)					
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)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI				
		年	月	日		年	月	日	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	治療 ・ 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													
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:( )											
	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:( )											
	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	8 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)			2/3
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 )	部位: ( )	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 )	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: ( )
	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			
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 ( )			

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
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