

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)		1/3	
病名	7 リンパ管腫症				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)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)		
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	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) **2/3**

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	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: ()
	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	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
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