

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		☐ 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：()											

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	(		)

医療機関所在地 診断年月日 年 月 日

電話番号

診療科

醫師名

小兒慢性特定疾病 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

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]

保險情報

保険者番号 () 被保険者記号 ()

被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()

資格取得年月日 年 月 日