

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 (継続申請用)	1/2
-------------	----------	--	------------

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 → ()					
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											
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)：()									
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] 薬物療法 (その他): ()	免疫グロブリン補充療法: [未実施 ・ 静注 ・ 皮下注]	
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		
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