

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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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：()											

