

告示番号		6		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		6 リンパ管腫						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
現在の身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										肥満度		%	
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ()											
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													
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:()											
		骨病変:[なし ・ あり] 部位:()											
	耳鼻咽喉	発声困難:[なし ・ あり]											
	その他	症状 (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) 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:()											
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									

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関住所

記載年月日 年 月 日

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号 （ ）

(印)