

告示番号		8		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〉		1/2	
病名		6 リンパ管腫						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
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)		体重 (測定日)		kg ( SD)		BMI			
				年 月 日				年 月 日		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 (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													
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 ] 顎部：[ 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)：( )											
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 ] 顎部：[ 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 (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		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：( )											

受給者番号（		）		患者氏名（		）																			
告示番号	8	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〉		2/2														
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	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（腸嚢・胃嚢含む）：[ 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（	
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					
医療機関住所											診療科														
											医師名							(印)							
											小児慢性特定疾病 指定医番号（							）							