

告示番号 **7** 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	<b>5 原発性リンパ浮腫</b>					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			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								
発症時期	発症時期: ( 年 月 )							
罹患部位	部位 (頭頸部): 頭部: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ] 顔面: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ] 頸部: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]							
	前胸部: [ なし ・ あり ]		会陰部: [ なし ・ あり ]		腹部: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			
	背部: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		臀部: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]					
	肩: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		上腕: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		前腕: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			
	手指: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		手背: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		手掌: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			
手首: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		大腿: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		膝: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		下腿: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		
足関節: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		足趾: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		足背: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]				
足底: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]								
症状	全身	感染症 (病変部): [ なし ・ あり ]		過去1年間の感染回数: ( ) 回/年				
	筋・骨格	関節拘縮: [ なし ・ あり ]						
	皮膚・粘膜	皮膚潰瘍: [ なし ・ あり ]		蜂窩織炎: [ なし ・ あり ]		皮膚の乾燥: [ なし ・ あり ]		皮膚血流障害: [ なし ・ あり ]
	色素沈着: [ なし ・ あり ]		リンパ漏: [ なし ・ あり ]		白癬症等の皮膚感染症: [ なし ・ あり ]			
皮膚硬化: [ なし ・ あり ]		象皮症: [ 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	部位 (頭頸部): 頭部: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ] 顔面: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ] 頸部: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]							
	前胸部: [ なし ・ あり ]		会陰部: [ なし ・ あり ]		腹部: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			
	背部: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		臀部: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]					
	肩: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		上腕: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		前腕: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			
	手指: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		手背: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		手掌: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]			
手首: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		大腿: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		膝: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		下腿: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		
足関節: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		足趾: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]		足背: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]				
足底: [ なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側 ]								
症状	全身	感染症 (病変部): [ なし ・ あり ]		過去1年間の感染回数: ( ) 回/年				
	筋・骨格	関節拘縮: [ なし ・ あり ]						
	皮膚・粘膜	皮膚潰瘍: [ なし ・ あり ]		蜂窩織炎: [ なし ・ あり ]		皮膚の乾燥: [ なし ・ あり ]		皮膚血流障害: [ なし ・ あり ]
	色素沈着: [ なし ・ あり ]		リンパ漏: [ なし ・ あり ]		白癬症等の皮膚感染症: [ なし ・ あり ]			
皮膚硬化: [ なし ・ あり ]		象皮症: [ 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	
血液検査	血清総蛋白:( )g/dL 血清アルブミン:( )g/dL 異常を示した血液検査:( )
画像検査	超音波検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 部位:( ) 所見:( )
	CT検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 部位:( ) 所見:( )
	MRI検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 部位:( ) 所見:( )
	リンパ管造影:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 部位:( ) 所見:( )
	シンチグラフィ (リンパ管):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 部位:( ) 所見:( )
遺伝学的検査	遺伝子検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 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	
血液検査	血清総蛋白:( )g/dL 血清アルブミン:( )g/dL 異常を示した血液検査:( )
画像検査	超音波検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 部位:( ) 所見:( )
	CT検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 部位:( ) 所見:( )
	MRI検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 部位:( ) 所見:( )
	リンパ管造影:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 部位:( ) 所見:( )
	シンチグラフィ (リンパ管):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 部位:( ) 所見:( )
遺伝学的検査	遺伝子検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 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:( )
家族歴	本疾患の家族歴:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細:( )
鑑別診断	二次性リンパ浮腫:[ なし ・ あり ] リンパ管腫 (リンパ管奇形):[ なし ・ あり ]
既往歴	既往歴:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細:( )
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
臨床経過	原病及び合併症による1年間の受診回数:( )回 原病及び合併症による1年間の入院回数:( )回
薬物療法	薬物療法:[ なし ・ あり ] 詳細:( )
リハビリテーション	圧迫療法:[ なし ・ あり ] 詳細:( )
	圧迫下運動療法:[ なし ・ あり ] 詳細:( )
手術	外科的治療:[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 術式:( ) 所見:( )
治療	合併症に対する治療:[ なし ・ あり ] 詳細:( )
	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	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )