

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 (継続申請用)		1/2						
病名	5 原発性リンパ浮腫							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)		体重 (測定日)	kg ( SD)		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	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 (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 (    )