

病名	5 原発性リンパ浮腫										受付種別		<input type="checkbox"/> 新規								
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（ ー ） 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) 年 月 日				体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日				BMI							
														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 (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																					
最終受診日		( 年 月 日 )																			
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 ]												
その他		皮膚硬化：[ なし ・ あり ]				象皮症：[ なし ・ あり ]															
		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 ]												
その他		皮膚硬化：[ なし ・ あり ]				象皮症：[ なし ・ あり ]															
		症状 (その他)：( )																			



上記の通り診断します。

医療機関名  
医療機関所在地  
電話番号

記載年月日                      年                      月                      日  
診断年月日                      年                      月                      日

診療科  
医師名  
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
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