

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-------------------|---|--|--|-------------------|-----------------------------|--|-------------|-------------------------|-------------------------|------|----------|--|---------------------|-------------|---------|--|--|--|
| 病名 | 5 原発性リンパ浮腫 | | | | | | | | | | 受付種別 | | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転入 → () | | 転出実施主体名 () | | | | |
| 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) | | | | | | | | 以前の登録氏名 (変更のある場合) | | | | (セイメイ) (姓) | | | | | |
| 住所 | | 郵便番号 () 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) | | | | 体重 (測定日) | | kg (SD) | | | | BMI | | | | | |
| | | | | 年 月 日 | | | | | | 年 月 日 | | | | 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 (申請時) | | ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 最終受診日 | | (年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: () | | | | () | | | | | | | | | | | | | |
| 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): () | | | | | | | | | | | | | | | | | |

