

告示番号		5		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		5 原発性リンパ浮腫						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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		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		治療 ・ 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)：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	5	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
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 (印) 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()					