

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) 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 (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]					
		手足:[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):()											

受給者番号() 患者氏名()

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〉	2/2
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 ()							