

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〈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 ]					
その他	皮膚硬化:[ なし ・ あり ]			象皮症:[ なし ・ あり ]									
	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	5	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
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	( )					