

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〈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													
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)：()											

