

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)		1/3	
病名	5 原発性リンパ浮腫							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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): ()												

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
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 ()

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
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