

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	<b>5 原発性リンパ浮腫</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )		
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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)			
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		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 (申請時) ※直近の状況を記載							
最終受診日	( 年 月 日 )						
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 ]			
その他	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): ( )						

告示番号 <b>7</b> 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) <b>2/2</b>	
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 ( )
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