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〉

病名	5　原発性リンパ浮腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 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（　　ー　　）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）　年　　月　　日 体重（測定日）　kg（　　SD）　年　　月　　日 BMI 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

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] 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〉**　

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