

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		☐ 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) 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]			
症状		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]			
		足底：[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]				下腿：[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]				足背：[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]			
		足趾：[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]				足背：[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]							
全身		感染症 (病変部)：[なし ・ あり] 過去1年間の感染回数：()回／年											
		関節拘縮：[なし ・ あり]											
		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]			
症状		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]			
		足底：[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]				下腿：[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]				足背：[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]			
		足趾：[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]				足背：[なし ・ 左 ・ 右 ・ 両側]							
全身		感染症 (病変部)：[なし ・ あり] 過去1年間の感染回数：()回／年											
		関節拘縮：[なし ・ あり]											
		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)：()											

