

症例実績報告書（2024 年度申請）

様式 3（新規申請）

通し番号		I D 番号		年 令	歳	男 ・ 女
初診年月日	年 月 日 (2024 年度申請： 2019 年 4 月 1 日～ 2024 年 3 月 31 日)	診 断 名	(○を付けてください) 原発性 ・ 続発性 リンパ浮腫 (○を付けてください) 初診時 ISL Stage 分類：0 ・ I ・ II ・ II 後期 ・ III			
(続発性の 場合) 原 疾 患		原疾患の 治療実施 施設	(○を付けてください) 自施設 ・ 他施設			
介入の種類	(○を付けてください) 診断 ・ リンパ浮腫指導管理 ・ 治療 (注 1) 同一症例への介入が複数ある場合は、それぞれについての介入内容を記載して 1 例とする。 (注 2) リンパ浮腫指導管理の場合は、症例ごとの発症リスクを勘案し、それに応じた個別の内容を記載する。					
介入の詳細（文字サイズ：12/文字数：200文字以上で枠内に記載のこと）：						

(注) 提出前に必ず文字数をご確認ください。200 文字未満の場合、要件を満たしていないと評価いたします。