

症例実績報告書

様式 3

通し番号	ID 番号	年 令	歳	男・女
初診年月日	年 月 日	診 断 名	(○を付けてください) 原発性 ・ 続発性 リンパ浮腫 初診時 ILS Stage 分類： 0 ・ I ・ II ・ 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：400文字以上で枠内に記載のこと) :				

提出前に必ず文字数をご確認ください。400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。