患者情報記載用紙

主治医施設；　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科名：

主治医氏名；　　　　　　　　　　　　主治医メールアドレス：

患者年齢：　　　　　　　患者性別：男・女

診断名：原発性皮膚未分化大細胞リンパ腫・リンパ腫様丘疹症・菌状息肉症・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

病期：

発症時期：

生検日：　　　　　年　　　月　　　日

生検部位：

生検した皮疹の性状：丘疹・結節・腫瘤・紅斑・局面・紅皮症

生検した皮疹の性状（潰瘍の有無）：あり・なし

生検した皮疹の自然消退傾向：あり・なし

それ以外の皮疹の性状（複数可）：丘疹・結節・腫瘤・紅斑・局面・紅皮症

それ以外の皮疹の性状（潰瘍の有無）：あり・なし

それ以外の皮疹の自然消退傾向：あり・なし

皮疹の分布（複数可）：頭部・顔面・頚部・胸部・腹部・上腕（右・左）・前腕（右・左）・手（右・左）・大腿（右・左）・下腿（右・左）・足（右・左）

全身症状（発熱、体重減少、盗汗など）：あり・なし

リンパ節腫脹：あり・なし（ありの場合　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

他臓器病変：あり・なし（ありの場合　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

血液データ異常；あり・なし（ありの場合　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

免疫染色：

治療内容：

経過；

可能な限り、臨床写真とHE染色の代表的写真をメールでお送り下さい。

国際医療福祉大学医学部皮膚科　菅谷　誠　sugayamder@iuhw.ac.jp