

告示番号		66		悪性新生物		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2		
病名		85 未分化神経外胚葉性腫瘍 (中枢性のものに限る。)(中枢神経系原始神経外胚葉性腫瘍)										受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号					受診日		年 月 日									
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)									
生年月日		年 月 日			意見書記載時の年齢			歳 か月 日			性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日			出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村	
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		%		
発病時期		年 月 頃			初診日		年 月 日									
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 ()														
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 (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																
身体所見		大頭症 (+2.0SD以上) : [なし ・ あり]														
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり] 体重減少 : [なし ・ あり]														
	消化器	悪心・嘔吐 : [なし ・ あり]														
	内分泌・代謝	尿崩症 : [なし ・ あり] 性腺機能低下 : [なし ・ あり]														
	精神・神経	頭痛 : [なし ・ あり]				痙攣 : [なし ・ あり]				意識障害 : [なし ・ あり]						
		脳神経麻痺 (顔面神経麻痺等) : [なし ・ あり]				四肢麻痺 : [なし ・ あり ・ 不明]				ふらつきまたは歩行異常 : [なし ・ あり]						
	眼	視野障害 : [なし ・ あり]				弱視 : [なし ・ あり]				斜視 : [なし ・ あり]						
眼球運動障害 : [なし ・ あり]				視神経乳頭浮腫 : [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																
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり] 易感染性 : [なし ・ あり] 易疲労性 : [なし ・ あり]														
	消化器	肝機能障害 : [なし ・ あり] 消化器症状 : [なし ・ あり]														
	内分泌・代謝	性腺機能低下 : [なし ・ あり] 耐糖能異常 : [なし ・ あり] 甲状腺機能低下 : [なし ・ あり]														
	腎・泌尿器	腎機能低下 : [なし ・ あり]														
	呼吸器・循環器	心機能障害 (不整脈含む) : [なし ・ あり] 呼吸障害 : [なし ・ あり]														
	筋・骨格	大腿骨頭壊死 : [なし ・ あり] 骨密度低下 : [なし ・ あり] 筋・軟部組織障害 : [なし ・ あり]														
	皮膚・粘膜	皮膚障害 : [なし ・ あり] 毛髪異常 : [なし ・ あり]														
	精神・神経	白質脳症 : [なし ・ あり]				抑鬱 : [なし ・ あり]				末梢神経障害 : [なし ・ あり]						
		認知機能障害 : [なし ・ あり]				てんかん : [なし ・ あり]				発達障害 : [なし ・ あり]						
		精神発達遅滞 : [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害 : [なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]														
	耳鼻咽喉	聴力障害 : [なし ・ あり]														
	その他	慢性GVH病:皮膚障害 : [なし ・ あり]				慢性GVH病:毛髪異常 : [なし ・ あり]				慢性GVH病:口腔粘膜障害 : [なし ・ あり]						
		慢性GVH病:眼症状 : [なし ・ あり]				慢性GVH病:呼吸障害 : [なし ・ あり]				慢性GVH病:肝機能障害 : [なし ・ あり]						
		慢性GVH病:骨格筋障害 : [なし ・ あり]														
二次がん : [なし ・ あり] 詳細 : ()																
血液検査	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日) hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日) 絨毛性ゴナドトロピン (hCG)) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)															
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()															

受給者番号（		患者氏名（		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2	
告示番号	66	悪性新生物（							
病理検査	組織診：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)								
	部位：() 所見：()								
細胞表面抗原検査	細胞診（脳脊髄液）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)								
	所見：()								
リンパ球サブセット解析	リンパ球サブセット解析：[未実施 ・ 実施]								
	陽性抗原：() 陰性抗原：()								
画像検査	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：()								
遺伝学的検査	画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)								
	部位：() 所見：()								
	染色体検査（腫瘍細胞）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)								
	所見：()								
遺伝学的検査	染色体検査（生殖細胞系列）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)								
	所見：()								
	遺伝子検査（腫瘍細胞）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)								
	所見：()								
遺伝学的検査	遺伝子検査（生殖細胞系列）：[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）：()								
	検査所見（申請時） ※直近の状況を記載								
血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：()ng/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)								
	hCG-βサブユニット：()ng/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)								
	絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：()mIU/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)								
	腫瘍マーカー（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)								
画像検査	所見：()								
	画像検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)								
画像検査	部位：() 所見：()								
	検査所見（その他） 検査所見（その他）：()								
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載									
合併症	神経線維腫症1型の合併：[なし ・ あり] 遺伝性腫瘍症候群（その他）の合併：[なし ・ あり]								
	合併症（その他）：()								
経過（申請時） ※直近の状況を記載									
薬物療法	化学療法：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]								
移植	同種造血幹細胞移植：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日)								
放射線治療	放射線治療：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]								
	照射野：髄芽腫： [局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄＋後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄＋局所]								
	照射野：胚細胞腫瘍： [局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室＋局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄＋局所]								
	照射野：脳腫瘍（その他）： [局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄＋局所 ・ その他]								
手術	照射量：局所の合計（未実施の場合 0）：()Gy 照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄（未実施の場合 0）：()Gy								
	腫瘍摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日)								
今後の治療方針	摘出度：[生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]								
	術式：()								
	積極的治療：治療終了日：(年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性：[なし ・ あり]								
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル：[一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]								
	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								
成長ホルモン治療申請の有無：[なし ・ あり]									
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	
医療機関住所					診療科				
					医師名	(印)			
					小児慢性特定疾病 指定医番号	()			