

告示番号		61		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		90 頭蓋内胚細胞腫瘍						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規									
受給者番号				受診日		年 月 日													
ふりがな								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)											
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)		体重 (測定日)		kg ( SD)		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	61	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：( )								
画像検査	リンパ球サブセット解析：[ 未実施 ・ 実施 ]								
	陽性抗原：( ) 陰性抗原：( )								
	CT 検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )								
遺伝学的検査	部位：( ) 所見：( )								
	MRI 検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )								
	部位：( ) 所見：( )								
検査所見（その他）	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：( )								
検査所見（申請時）	※直近の状況を記載								
	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 )								
血液検査	腫瘍マーカー（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )								
	所見：( )								
画像検査	画像検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )								
	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 ]								
	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								
手術	腫瘍摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )								
	摘出度：[ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ] 術式：( )								
今後の治療方針	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		医療機関住所		記載年月日		年 月 日			
				診療科					
				医師名				(印)	
				小児慢性特定疾病 指定医番号		(		)	