

告示番号		46		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		24 ランゲルハンス (Langerhans) 細胞組織球症								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)									
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													
症状		全身		発熱：[ なし ・ あり ] 疼痛：[ なし ・ あり ] 易出血性：[ なし ・ あり ] リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]									
		消化器		肝腫大 (触診)：[ なし ・ あり ] 脾腫大 (触診)：[ なし ・ あり ]									
		内分泌・代謝		尿崩症：[ なし ・ あり ]									
		筋・骨格		骨病変：[ なし ・ あり ]									
		皮膚・粘膜		皮膚症状：[ なし ・ あり ]									
		精神・神経		中枢神経浸潤：[ 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 ] 発熱：[ なし ・ あり ] 疼痛：[ なし ・ あり ] 易出血性：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ] リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]									
		消化器		肝腫大 (触診)：[ なし ・ あり ] 脾腫大 (触診)：[ なし ・ あり ] 肝機能障害：[ なし ・ あり ] 消化器症状：[ 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 ] 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 ] 骨病変：[ なし ・ あり ]									
		皮膚・粘膜		皮膚症状：[ なし ・ あり ] 皮膚障害：[ なし ・ あり ] 毛髪異常：[ なし ・ あり ]									
		精神・神経		中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ] 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：( ) 胸腺腫大：[ なし ・ あり ] 歯牙異常：[ なし ・ あり ] 自己免疫疾患：[ なし ・ あり ] 症状 (その他)：( )									
検査所見 (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													
血液検査		白血球数：( )/μL ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL CRP：( )mg/dL フィブリノゲン：( )mg/dL 可溶性IL-2レセプター：( )U/mL ・ 未実施 フェリチン：( )ng/mL ・ 未実施											
病理検査		骨髄検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )											
		所見：( )											
		組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( )											
		所見：( )											
		芽球比率：骨髄：( )%・未実施 末梢血：( )%・未実施											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	46	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）										2/2
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析：[ 未実施 ・ 実施 ]											
	陽性抗原：（ ） 陰性抗原：（ ）											
感染症疫学的検査	ウイルス検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：（ ）											
画像検査	超音波検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（ ） 所見：（ ）											
	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：（ ）											
	画像検査（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（ ） 所見：（ ）											
遺伝学的検査	染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）											
	遺伝子検査：[ 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	白血球数：（ ）/μL ヘモグロビン（Hb）：（ ）g/dL 血小板数：（ ）×10 <sup>4</sup> /μL CRP：（ ）mg/dL フィブリノゲン：（ ）mg/dL 可溶性IL-2レセプター：（ ）U/mL ・ 未実施 フェリチン：（ ）ng/mL ・ 未実施											
感染症疫学的検査	ウイルス検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：（ ）											
画像検査	超音波検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（ ） 所見：（ ）											
	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：（ ）											
	画像検査（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（ ） 所見：（ ）											
遺伝学的検査	染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）											
	遺伝子検査：[ 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）：（ ）											
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載												
合併症	原病と直接関係しない併発症：[ なし ・ あり ] 詳細：（ ）											
経過（申請時） ※直近の状況を記載												
積極的治療の施行施設	治療施設：[ 自施設 ・ 他施設 ・ 不明 ] 他施設名：（ ）											
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 ]											
	頭部： [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面： [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]											
	眼： [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄： [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]											
	胸部： [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部： [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]											
	骨盤部： [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 四肢： [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]											
	全身（造血細胞移植）： [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 限定領域（造血細胞移植）： [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]											
手術	手術（組織生検を含む）：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：（ ）											
治療	治療（その他）：（ ）											
治療状況	治療状況：[ 治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中 ]											
	現在の状態：[ 初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他 ] 現在の状態（その他）：（ ）											
今後の治療方針	治療計画：[ 積極的治療継続 ・ 治療終了（計画的経過観察） ・ その他 ] 治療計画（その他）：（ ）											
	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（ ）												