

告示番号		40		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		29 網膜芽細胞腫						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)		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		病型		片側性 (右): [ なし ・ あり ]				片側性 (左): [ なし ・ あり ]				両側性: [ なし ・ あり ]			
		全身		発熱: [ なし ・ あり ]				疼痛: [ なし ・ あり ]				易出血性: [ なし ・ あり ]			
				体重減少: [ なし ・ あり ]				圧迫症状: [ なし ・ あり ]				局所腫脹 (腫瘍形成): [ なし ・ あり ]			
				リンパ節腫大: [ なし ・ あり ]											
		消化器		悪心・嘔吐: [ なし ・ あり ]											
		腎・泌尿器		血尿: [ なし ・ あり ]						排尿障害: [ なし ・ あり ]					
		呼吸器・循環器		咳嗽: [ なし ・ あり ]						喘鳴: [ なし ・ あり ]					
		筋・骨格		運動障害: [ なし ・ あり ]						骨折: [ なし ・ あり ]					
		眼		眼症状: [ なし ・ あり ]											
		耳鼻咽喉		難聴: [ 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		病型		片側性 (右): [ なし ・ あり ]				片側性 (左): [ なし ・ あり ]				両側性: [ なし ・ あり ]			
		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: ( ) 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		フェリチン: ( )ng/mL ・ 未実施 実施日: ( 年 月 日 )													
		VMA: ( )ng/mL ・ 未実施 実施日: ( 年 月 日 )													
		HVA: ( )ng/mL ・ 未実施 実施日: ( 年 月 日 )													

受給者番号（		患者氏名（		）		
告示番号	40	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
血液検査	NSE：（）ng/mL ・ 未実施 実施日：（ 年 月 日 ）					
	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：（）					
病理検査	骨髓検査：[ 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：（）					
	細胞診（脳脊髄液）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（）					
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：（）					
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：（）					
	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（腫瘍細胞）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（）					
	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	フェリチン：（）ng/mL ・ 未実施 実施日：（ 年 月 日 ）					
	VMA：（）ng/mL ・ 未実施 実施日：（ 年 月 日 ）					
	HVA：（）ng/mL ・ 未実施 実施日：（ 年 月 日 ）					
	NSE：（）ng/mL ・ 未実施 実施日：（ 年 月 日 ）					
	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：（）					
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	遺伝性腫瘍症候群の合併：（）					
	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 ] 照射量：（）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	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（）				