

告示番号		86		悪性新生物		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2		
病名		18 成熟B細胞リンパ腫						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名				
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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 (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]				
		易感染性 : [なし ・ あり]				易疲労性 : [なし ・ あり]								
		リンパ節腫大 : 頸部 : [なし ・ あり]				リンパ節腫大 : 腋窩 : [なし ・ あり]				リンパ節腫大 : 鎖骨上窩 : [なし ・ あり]				
		リンパ節腫大 : 縦隔 : [なし ・ あり]				リンパ節腫大 : 肺門部 : [なし ・ あり]				リンパ節腫大 : 傍大動脈 : [なし ・ あり]				
		リンパ節腫大 : 腸間膜 : [なし ・ あり]				リンパ節腫大 : 鼠径 : [なし ・ あり]								
			リンパ節腫大 : その他 : ()											
	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		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		精巣腫大 (男子) : [なし ・ あり]				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		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 (申請時) ※直近の状況を記載														
血液検査		可溶性IL-2レセプター : () U/mL ・ 未実施												
病理検査		芽球比率 : 骨髓 : () % ・ 未実施				末梢血 : () % ・ 未実施								
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 : ()												

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		悪性新生物（ ）		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書（継続申請用）		2/2	
画像検査	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 ）							
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（ ）							