

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--|--|--|---------------|---|--|----------------------|--|--|--|---------------|--|
| 告示番号 | | 62 | | 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 | | 84 脊索腫 | | | | | | 受付種別 | | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → () | | | |
| 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 | | 治療 ・ 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] 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 (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) 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) : () | | | | | | | | | | | | |

受給者番号() 患者氏名()

| | | | | | | | |
|-----------------------|---|-------|---|-------------------------|----|-----------------------|-----|
| 告示番号 | 62 | 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 |
| 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 | | | | 記載年月日 | | | |
| 医療機関住所 | | | | 年 月 日 | | | |
| | | | | 診療科 | | | |
| | | | | 医師名 | | | |
| | | | | (印) | | | |
| | | | | 小児慢性特定疾病 指定医番号 () | | | |