

告示番号		16		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		57 混合性胚細胞腫瘍						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規						
受給者番号				受診日		年 月 日										
ふりがな 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						
				年 月 日				年 月 日		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]						
		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]														
		悪心・嘔吐：[なし ・ あり]														
		血尿：[なし ・ あり]				排尿障害：[なし ・ あり]										
		咳嗽：[なし ・ あり]				喘鳴：[なし ・ あり]										
		運動障害：[なし ・ あり]				骨折：[なし ・ あり]										
		眼症状：[なし ・ あり]														
症状	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]														
		症状 (その他)：()														
		臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載														
		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]					
			肝機能障害：[なし ・ あり]				消化器症状：[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]					
			腎機能低下：[なし ・ あり]													
			心機能障害 (不整脈含む)：[なし ・ あり]				呼吸障害：[なし ・ あり]									
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]															
	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)											

