

告示番号		45		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		25 血球貪食性リンパ組織球症								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)		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 (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] 易出血性: [なし ・ あり] リンパ節腫大: [なし ・ あり]				発熱: [なし ・ あり] 易感染性: [なし ・ あり] 疼痛: [なし ・ あり] 易疲労性: [なし ・ あり]						
	消化器		肝腫大 (触診): [なし ・ あり] 消化器症状: [なし ・ あり]				脾腫大 (触診): [なし ・ あり] 肝機能障害: [なし ・ あり]						
	内分泌・代謝		尿崩症: [なし ・ あり] 甲状腺機能低下: [なし ・ あり]				性腺機能低下: [なし ・ あり] 耐糖能異常: [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] 骨病変: [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] 認知機能障害: [なし ・ あり]				白質脳症: [なし ・ あり] てんかん: [なし ・ あり] 抑鬱: [なし ・ あり] 末梢神経障害: [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: 眼症状: [なし ・ あり] 慢性GVH病: 骨格筋障害: [なし ・ あり]				慢性GVH病: 毛髪異常: [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]						
			二次がん: [なし ・ あり] 詳細: ()										
胸腺腫大: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()				歯牙異常: [なし ・ あり] 自己免疫疾患: [なし ・ あり]									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		白血球数: ()/μL フィブリノゲン: ()mg/dL フェリチン: ()ng/mL・未実施				ヘモグロビン (Hb): ()g/dL CRP: ()mg/dL				血小板数: ()×10 ⁴ /μL 可溶性IL-2レセプター: ()U/mL・未実施			
感染症免疫学的検査		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] 部位: () 所見: ()				実施日: (年 月 日)							
		CT検査: [未実施 ・ 実施] 部位: () 所見: ()				実施日: (年 月 日)							

