

|   |                                    |  |                 |  |                          |   |  |                      |                            |  |               |                     |  |
|---|------------------------------------|--|-----------------|--|--------------------------|---|--|----------------------|----------------------------|--|---------------|---------------------|--|
| 告示番号  |                                    | 90   |                 | 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  |                                    | 19 未分化大細胞リンパ腫  |                 |  |                          |   |  | 受付種別                 |                            | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 転入 → ( ) |               |                     |  |
| 受給者番号   |                                    |  |                 | 受診日                                      |                          | 年 月 日                                       |  |                      |                            |  |               |                     |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet)  |                                    |  |                 |  |                          | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>身長・体重  |                                    | 身長<br>(測定日)  |                 | cm ( SD)<br>年 月 日                        |                          | 体重<br>(測定日)                                 |  | kg ( SD)<br>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 ]<br>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 ]<br>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: ( )<br>所見: ( )                 |  |                 |  |                          |   |  |                      |                            |  |               |                     |  |
|   | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )  |  |                 |  |                          |   |  |                      |                            |  |               |                     |  |
|   | 部位: ( )<br>所見: ( )                 |  |                 |  |                          |   |  |                      |                            |  |               |                     |  |
|   |                                    | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )   |                 |  |                          |   |  |                      |                            |  |               |                     |  |
|   |                                    | 部位: ( )<br>所見: ( )   |                 |  |                          |   |  |                      |                            |  |               |                     |  |

