

|                                       |   |  |  |  |               |   |  |                      |  |  |  |               |  |
|---------------------------------------|---|--|--|--|---------------|---|--|----------------------|--|--|--|---------------|--|
| 告示番号                                  |   | 27   |  | 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                                    |   | 46 線維肉腫  |  |  |               |   |  | 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)                                 |               | 体重<br>(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 ]<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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病: 骨格筋障害: [ なし ・ あり ] |  |  |               |   |  |                      |  |  |  |               |  |
| 二次がん: [ なし ・ あり ]<br>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                                  | 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 )                |  |  |  |               |   |  |                      |  |  |  |               |  |
|                                       | NSE: ( )ng/mL ・ 未実施 実施日: ( 年 月 日 )                |  |  |  |               |   |  |                      |  |  |  |               |  |
|                                       | 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 ) |  |  |  |               |   |  |                      |  |  |  |               |  |
| 画像検査                                  | 腫瘍マーカー (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )         |  |  |  |               |   |  |                      |  |  |  |               |  |
|                                       | 所見: ( )   |  |  |  |               |   |  |                      |  |  |  |               |  |
| 検査所見 (その他)                            | 画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )                 |  |  |  |               |   |  |                      |  |  |  |               |  |
|                                       | 部位: ( )<br>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 ( ) 2021a-001

告示番号 27 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

遺伝性腫瘍症候群の合併：( )  
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 ] 照射量：( )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

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  
医療機関住所

記載年月日 年 月 日  
診療科  
医師名  
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )