

告示番号 77		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)		1/3		
病名	2 成熟B細胞急性リンパ性白血病			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日					
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)		
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()					
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
出生地	都道府県 () 市区町村 ()					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)	
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI 肥満度 %	
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 (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						
最終受診日	(年 月 日)					
症状	全身	発熱:[なし ・ あり]		疼痛:[なし ・ あり]	易出血性:[なし ・ あり]	
		リンパ節腫大:[なし ・ あり]				
	消化器	肝腫大 (触診):[なし ・ あり]		脾腫大 (触診):[なし ・ あり]		
	腎・泌尿器	精巣腫大 (男子):[なし ・ あり]				
	精神・神経	中枢神経浸潤:[なし ・ あり]				
その他	胸腺腫大:[なし ・ あり] 症状 (その他):()					
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]	
		易出血性:[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:[なし ・ あり]				
	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]	
	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:()					
	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):()					

告示番号 77 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)		2/3
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	白血球数: ()/μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL	
病理検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	所見: ()	
	芽球比率: 骨髄: ()% ・ 未実施 末梢血: ()% ・ 未実施	
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施]	
	陽性抗原: () 陰性抗原: ()	
画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	部位: () 所見: ()	
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	所見: () 遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
血液検査	白血球数: ()/μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL	
病理検査	芽球比率: 骨髄: ()% ・ 未実施 末梢血: ()% ・ 未実施	
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	所見: () 遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()	
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]	
	頭部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	全身 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 限定領域 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
手術	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()	
治療	治療 (その他): ()	
治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中]	
	現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()	
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]	
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 ()	

告示番号 77	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)			3/3
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	年	月	日	
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日	
電話番号						
		診療科				
		医師名				
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()				

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日