

病名	2 成熟B細胞急性リンパ性白血病					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	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]		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]		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]											
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): ()											
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: 骨髓: ()% ・ 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]

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

医療機関住所 診療科 (印)

医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()