

告示番号		71		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	4 急性骨髄性白血病、最末分化					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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)							
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)			BMI				
		年	月	日		年	月	日	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 ]		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):( )												

告示番号 **71** 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 <sup>4</sup> /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: [ 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 <sup>4</sup> /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 (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 (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 ( )	

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