

病名	<b>7 急性前骨髄球性白血病</b>					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 <sup>4</sup> /μL						
	フィブリノゲン: ( )mg/dL		FDP: ( )μg/mL・未実施								
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 ]

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

医師名 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )