

|                          |  |  |                      |                           |                               |   |  |                       |                     |               |  |
|--------------------------|--|--|----------------------|---------------------------|-------------------------------|---|--|-----------------------|---------------------|---------------|--|
| 病名                       | <b>10 急性赤白血病</b>   |  |                      |                           |                               | 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) ・<br>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 ・<br>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 |   |  |                       |                     |               |  |
| 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<br>施行施設 | 治療施設: [ 自施設 ・ 他施設 ・ 不明 ]<br>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 ]<br>頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他): ( )<br>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 )<br>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 ( )