

病名	<b>15 若年性骨髄単球形白血病</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
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		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 (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									
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 ]	
		易感症:[ 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 (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	画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )
	染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
遺伝学的検査	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	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 ( )