

| 告示番号                                    |  | 85   |                         | 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                                      | 16 1から15までに掲げるもののほか、白血病  |  |                         |                      |                           |                      | 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)<br>(姓名)   |  |                         | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |                           |                      | (セイメイ)<br>(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<br>(測定日)  | cm ( SD)                                   |                         |                      | 体重<br>(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 |  |  |                         |                      |                           |                      |                 |                             |               |     |  |  |
| 具体的な疾病名                                 | ( )  |  |                         |                      |                           | 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 **85** 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 )<br>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 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )   |
|   | 画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>部位: ( )<br>所見: ( )   |
| 遺伝学的検査                                  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見: ( )   |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<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 ]   |
|   | 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 ]<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): ( )   |
|   | 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: ( )  |
| 就学・就労状況                                 | 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 ]<br>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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |