

病名	16 1から15までに掲げるもののほか、白血病 (具体的な疾病名:)	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		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

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: () / μ L	ヘモグロビン (Hb): () g/dL	血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L
病理検査	芽球比率: 骨髓: () % ・ 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 ()