

告示番号	86	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	18 成熟B細胞リンパ腫				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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (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 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI	
		年 月 日	年 月 日		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								
最終受診日	(年 月 日)							
症状	全身	発熱: [なし ・ あり]		疼痛: [なし ・ あり]				
		リンパ節腫大: 頸部: [なし ・ あり]	リンパ節腫大: 腋窩: [なし ・ あり]	リンパ節腫大: 鎖骨上窩: [なし ・ あり]				
		リンパ節腫大: 縦隔: [なし ・ あり]	リンパ節腫大: 肺門部: [なし ・ あり]	リンパ節腫大: 傍大動脈: [なし ・ あり]				
		リンパ節腫大: 腸間膜: [なし ・ あり]	リンパ節腫大: 鼠径: [なし ・ あり]					
	リンパ節腫大: その他: ()							
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	他の節外病変: [なし ・ あり]							
	部位: ()							
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]		
		易感染性: [なし ・ あり]		易疲労性: [なし ・ あり]				
		リンパ節腫大: 頸部: [なし ・ あり]	リンパ節腫大: 腋窩: [なし ・ あり]	リンパ節腫大: 鎖骨上窩: [なし ・ あり]				
		リンパ節腫大: 縦隔: [なし ・ あり]	リンパ節腫大: 肺門部: [なし ・ あり]	リンパ節腫大: 傍大動脈: [なし ・ あり]				
	リンパ節腫大: 腸間膜: [なし ・ あり]	リンパ節腫大: 鼠径: [なし ・ あり]						
	リンパ節腫大: その他: ()							
	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]						
	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]						
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	可溶性IL-2レセプター: () U/mL ・ 未実施							
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: ()							
所見: ()								

告示番号	86	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
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	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
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): ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	可溶性IL-2レセプター: ()U/mL ・ 未実施				
病理検査	芽球比率: 骨髓: ()% ・ 未実施 末梢血: ()% ・ 未実施				
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
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: ()				
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)				
	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]				
	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 () 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