

<b>告示番号</b>	<b>90</b>	<b>悪性新生物</b> ( )	<b>年度 小児慢性特定疾病 医療意見書</b>	<b>新規申請用</b>	<b>1/3</b>
-------------	-----------	------------------	--------------------------	--------------	------------

病名	<b>19 未分化大細胞リンパ腫</b>				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: ( )							
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	90	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: ( )				
	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・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 ( )				

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