

病名	20 Bリンパ芽球性リンパ腫					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	肥満度		%				
		年	月	日		年	月	日								
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]									
		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]				
		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	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 88 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) 2/2

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: 骨髄: ()% ・ 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]

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 (印)

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()