

病名	22 ホジキン (Hodgkin) 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		
	年	月	日	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			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]							
	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(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 89 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 _____
医師名 _____ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)