

告示番号		46		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)		1/2	
病名	24 ランゲルハンス (Langerhans) 細胞組織球症					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	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]		易出血性:[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]					
	内分泌・代謝	尿崩症:[なし・あり]							
	筋・骨格	骨病変:[なし・あり]							
	皮膚・粘膜	皮膚症状:[なし・あり]							
	精神・神経	中枢神経浸潤:[なし・あり]							
その他	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	尿崩症:[なし・あり]		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	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]			
	骨病変:[なし・あり]								
皮膚・粘膜	皮膚症状:[なし・あり] 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	白血球数:()/μL		ヘモグロビン(Hb):()g/dL		血小板数:()×10 ⁴ /μL		CRP:()mg/dL		
	可溶性IL-2レセプター:()U/mL		未実施		フィブリノゲン:()mg/dL		フェリチン:()ng/mL		
病理検査	骨髄検査:[未実施・実施]		実施日:()年 月 日						
	所見:()								
	組織診:[未実施・実施]		実施日:()年 月 日 部位:()						
	所見:()								
	芽球比率:骨髄:()%・未実施		末梢血:()%・未実施						

告示番号 **46** 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: ()	
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	
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	白血球数: ()/μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 血小板数: ()×10 ⁴ /μL CRP: ()mg/dL 可溶性IL-2レセプター: ()U/ml ・ 未実施 フィブリノゲン: ()mg/dL フェリチン: ()ng/ml ・ 未実施	
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	
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
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()