

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 (継続申請用)		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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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	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(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(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			
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: ()									

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 (継続申請用)	2/2
画像検査	MRI検査: [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: ()				
検査所見 (その他)	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 ()			