

告示番号		40		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	29 網膜芽細胞腫					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]				
		体重減少:[なし・あり]		圧迫症状:[なし・あり]		局所腫脹(腫瘍形成):[なし・あり]				
		リンパ節腫大:[なし・あり]								
	消化器	悪心・嘔吐:[なし・あり]								
	腎・泌尿器	血尿:[なし・あり]		排尿障害:[なし・あり]						
	呼吸器・循環器	咳嗽:[なし・あり]		喘鳴:[なし・あり]						
	筋・骨格	運動障害:[なし・あり]		骨折:[なし・あり]						
	眼	眼症状:[なし・あり]								
耳鼻咽喉	難聴:[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]		易感染性:[なし・あり]		易疲労性:[なし・あり]				
	消化器	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	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	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:()									
	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	フェリチン:()ng/mL		未実施		実施日:()年 月 日					
	VMA:()ng/mL		未実施		実施日:()年 月 日					
	HVA:()ng/mL		未実施		実施日:()年 月 日					

告示番号 **40** 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**

血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
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 : ()
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
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	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 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [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	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()	
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 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	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()
	合併症 (その他) : ()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
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] 照射量 : ()Gy
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日) 摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()
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 ()