

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 (継続申請用) **1/2**

病名	29 網膜芽細胞腫					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 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 ]		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(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 ( )		