

病名	32 腎細胞癌			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		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

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 **22** 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	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		