

病名	32 腎細胞癌					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			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		(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		