

告示番号		14		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	36 骨軟骨腫症						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 **14** 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 ()