

|       |                        |     |       |      |                             |
|-------|------------------------|-----|-------|------|-----------------------------|
| 病名    | <b>45 線維形成性小円形細胞腫瘍</b> |     |       | 受付種別 | <input type="checkbox"/> 新規 |
| 受給者番号 |                        | 受診日 | 年 月 日 |      |                             |

|                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| ふりがな             | (変更があった場合)<br>ふりがな    |
| 氏名<br>(Alphabet) | 以前の登録氏名<br>(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    | 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 ]                              |                             |                       |
|      | 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 26 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 )<br>所見 : ( ) |

|      |   |
|------|---|
| 病理検査 | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )         |
|      | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( ) |
|      | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( ) |
|----------|--|

|      |  |
|------|--|
| 画像検査 | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )       |
|      | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )      |
|      | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|        | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( ) |
|        | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|        | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |  |

|      |  |
|------|--|
| 画像検査 | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 ( ) |     |     |