

| 告示番号                                    |   | 8  |                           | 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)   |                             | 1/3 |  |  |
|---|---|--|---------------------------|--------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----|--|--|
| 病名                                      | 47 滑膜肉腫   |  |                           |                    |                             | 受付種別                     | <input type="checkbox"/> 新規 |     |  |  |
| 保険情報                                    | 保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )                                      |  | 資格取得年月日 年 月 日             |                    |                             |                          |                             |     |  |  |
| 氏名                                      | (セイメイ)<br>(姓)   |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)      |                    | (セイメイ)<br>(姓)               |                          |                             |     |  |  |
| 住所                                      | 郵便番号 ( - ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )  |  |                           |                    |                             |                          |                             |     |  |  |
| 生年月日                                    | 年 月 日   |  | 性別                        |                    | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定             |                          |                             |     |  |  |
| 出生地                                     | 都道府県 ( ) 市区町村 ( )   |  |                           |                    |                             |                          |                             |     |  |  |
| 出生体重                                    | g   |  | 出生週数                      |                    | 在胎 週 日                      |                          |                             |     |  |  |
| 発症時期                                    | 年 月 頃   |  | 記載時の年齢                    |                    | 満 歳 か月 日                    |                          |                             |     |  |  |
| 現在の身長・体重                                | 身長<br>(測定日)   | cm ( SD)                                       |                           | 体重<br>(測定日)        | kg ( SD)                    |                          | BMI                         |     |  |  |
|   |   | 年 月 日  | 年 月 日                     |                    | 年 月 日                       | 肥満度                      | %                           |     |  |  |
| 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 (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 |   |  |                           |                    |                             |                          |                             |     |  |  |
| 最終受診日                                   | ( 年 月 日 )   |  |                           |                    |                             |                          |                             |     |  |  |
| 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 **8** 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) **2/3**

|   |   |
|---|---|
| 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 )  |
|   | 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) : ( )   |
|   | 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 )<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 ]                             |   |
| 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 ( )   |

|             |  |                    |   |   |   |
|-------------|--|--------------------|---|---|---|
| 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 |
| 医療機関所在地     |  | 診断年月日              | 年 | 月 | 日 |
| 電話番号        |  |                    |   |   |   |
|             |  | 診療科                |   |   |   |
|             |  | 医師名                |   |   |   |
|             |  | 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( ) |   |   |   |

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄   |  |
|---------|--|
| 担当自治体   |  |
| 受理日     | 年 月 日  |
| 公費負担者番号 |  |
| 認定結果    | [ 認定 ・ 不認定 ]   |
| 研究同意の有無 | [ 有 ・ 無 ]  |
| 受給者番号   | 受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日   |
| 階層区分    | [ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]                |
| 保険情報    | 保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |