

病名	<b>54 多胎芽腫</b>					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(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 ( )		