

告示番号 **19** 悪性新生物 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **1/2**

病名	61 上咽頭癌			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )		
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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)		
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 月 日			
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	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							
最終受診日	( 年 月 日 )						
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 ]
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 ( ) 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