

病名	<b>64 褐色細胞腫</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 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 7 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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )