

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 (継続申請用)		1/2		
病名	64 褐色細胞腫			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 か月 日		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]	
	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): ()					

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〈継続申請用〉 2/2	
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