

病名	69 27から68までに掲げるもののほか、固形腫瘍(中枢神経系腫瘍を除く。)			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )
	(具体的な疾病名: )				
受給者番号		受診日	年 月 日		

ふりがな	(変更があった場合)
氏名	ふりがな
(Alphabet)	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	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 (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 ]
	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 ( )		