

| 告示番号 68 | | 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 | 70 毛様細胞性星細胞腫 | | | 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 | 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] | | | | | | |
| その他 | 聴力障害: [なし ・ あり] | | | | | |
| | 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 | 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 | 神経線維腫症1型の合併: [なし ・ あり] 遺伝性腫瘍症候群 (その他) の合併: [なし ・ あり] 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] 照射野: 髄芽腫: [局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所] 照射野: 胚細胞腫瘍: [局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所] 照射野: 脳腫瘍 (その他): [局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他] 照射量: 局所の合計 (未実施の場合 0): ()Gy 照射量: 全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0): ()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 | 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 |