

病名	71 びまん性星細胞腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
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	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											
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	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 64 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	神経線維腫症1型の合併: [ なし ・ あり ] 合併症 (その他): ( )	遺伝性腫瘍症候群 (その他) の合併: [ なし ・ あり ]
-----	--	---------------------------------

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 ] 摘出度: [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ] 術式: ( ) 実施日: ( 年 月 日 )
----	--

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 ]

**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 ( )		