

病名	<b>75 乏突起神経膠腫 (乏突起膠腫)</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**

身体所見	大頭症 (+2.0SD以上): [ なし ・ あり ]		
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]	体重減少: [ なし ・ あり ]
	消化器	悪心・嘔吐: [ なし ・ あり ]	
	内分泌・代謝	尿崩症: [ なし ・ あり ]	性腺機能低下: [ なし ・ あり ]
	精神・神経	頭痛: [ なし ・ あり ] 脳神経麻痺 (顔面神経麻痺等): [ なし ・ あり ]	痙攣: [ なし ・ あり ] 四肢麻痺: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 意識障害: [ なし ・ あり ] ふらつきまたは歩行異常: [ なし ・ あり ]
	眼	視野障害: [ なし ・ あり ] 眼球運動障害: [ なし ・ あり ]	弱視: [ なし ・ あり ] 斜視: [ なし ・ あり ] 視神経乳頭浮腫: [ 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 ] 毛髪異常: [ なし ・ あり ]		
	精神・神経	白質脳症: [ なし ・ あり ] 認知機能障害: [ なし ・ あり ]	抑鬱: [ なし ・ あり ] てんかん: [ なし ・ あり ]	末梢神経障害: [ 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 (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	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: ( )		

**告示番号 65 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**

病理検査	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	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 ]

**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 ( )			