

告示番号 62		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)		1/3		
病名	84 脊索腫			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
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)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)		
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		年 月 日	BMI 肥満度 %	
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	する ・ しない ・ 不明	
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						
最終受診日	(年 月 日)					
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]		痙攣: [なし ・ あり]	意識障害: [なし ・ あり]	
		脳神経麻痺 (顔面神経麻痺等): [なし ・ あり]		四肢麻痺: [なし ・ あり ・ 不明]		ふらつきまたは歩行異常: [なし ・ あり]
	眼	視野障害: [なし ・ あり]		弱視: [なし ・ あり]		斜視: [なし ・ あり]
	眼球運動障害: [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]		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]
		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]				
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	62	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)	2/3
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 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)			
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)			
	染色体検査 (生殖細胞系列): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	遺伝子検査 (腫瘍細胞): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	遺伝子検査 (生殖細胞系列): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
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)			
画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
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