

告示番号		49		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	86 異型奇形腫瘍/ラブドイド腫瘍 (非定型奇形腫様ラブドイド腫瘍)					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	
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
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]							
	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