

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 → ()		
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]			
		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(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 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) 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] 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 ()