

告示番号		51		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)		2021a-001		
病名		89 奇形腫 (頭蓋内及び脊柱管内に限る。)		受付種別		□ 新規						
受給者番号				受診日		年 月 日						
ふりがな				(変更があった場合)		ふりがな						
氏名				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		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 (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]		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 : 骨格筋障害 : [なし ・ あり]		慢性GVH病 : 肝機能障害 : [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 **51** 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: ()
細胞表面抗原検査	細胞診 (脳脊髄液): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
	所見: ()
画像検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施]
	陽性抗原: () 陰性抗原: ()
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
遺伝学的検査	部位: () 所見: ()
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
	部位: () 所見: ()
検査所見 (その他)	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
	部位: () 所見: ()
	染色体検査 (腫瘍細胞): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
	所見: ()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	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: ()
血液検査	遺伝子検査 (生殖細胞系列): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
	所見: ()
	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)
画像検査	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)
検査所見 (その他)	所見: ()
	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]
手術	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
	腫瘍摘出術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)
今後の治療方針	摘出度: [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]
	術式: ()
	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: ()
成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]	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

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 _____

小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)