

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)		1/3				
病名	89 奇形腫 (頭蓋内及び脊柱管内に限る。)					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)			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 ]												
	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	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)	2/3
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