

病名	91 70から90までに掲げるもののほか、中枢神経系腫瘍 (具体的な疾病名:)			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
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		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

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]
		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]
	眼	視野障害: [なし ・ あり]	弱視: [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 69 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：()
	細胞診 (脳脊髄液)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)
	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)
	部位：() 所見：()
	画像検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)
	部位：() 所見：()

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)
	所見：()
	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：()
	遺伝子検査 (生殖細胞系列)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)
	所見：()

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)
	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]

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 ()			