

告示番号		10		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		34 肝細胞癌							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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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)											
症状	全身	発熱：[なし ・ あり]				疼痛：[なし ・ あり]				易出血性：[なし ・ あり]			
		体重減少：[なし ・ あり]				圧迫症状：[なし ・ あり]				局所腫脹 (腫瘍形成)：[なし ・ あり]			
		リンパ節腫大：[なし ・ あり]											
		悪心・嘔吐：[なし ・ あり]											
		腎・泌尿器				血尿：[なし ・ あり]				排尿障害：[なし ・ あり]			
		呼吸器・循環器				咳嗽：[なし ・ あり]				喘鳴：[なし ・ あり]			
		筋・骨格				運動障害：[なし ・ あり]				骨折：[なし ・ あり]			
		眼				眼症状：[なし ・ あり]							
耳鼻咽喉		難聴：[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]				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]			
		認知機能障害：[なし ・ あり]				てんかん：[なし ・ あり]				末梢神経障害：[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		フェリチン：()ng/mL ・ 未実施				実施日：(年 月 日)							
		VMA：()ng/mL ・ 未実施				実施日：(年 月 日)							
		HVA：()ng/mL ・ 未実施				実施日：(年 月 日)							

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

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]

保險情報

保險者番号 () 被保險者記号 ()
 被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()
 資格取得年月日 年 月 日