

告示番号		43		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		69 27から68までに掲げるもののほか、固形腫瘍(中枢神経系腫瘍を除く。)						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															
具体的な疾病名		()						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(腫瘤形成):[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]													
症 状	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]											
				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		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	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