

告示番号		84		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		14 慢性骨髓単球性白血病								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)													
症状	全身	発熱：[なし ・ あり] 疼痛：[なし ・ あり] 易出血性：[なし ・ あり] リンパ節腫大：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫大 (触診)：[なし ・ あり] 脾腫大 (触診)：[なし ・ あり]													
	腎・泌尿器	精巣腫大 (男子)：[なし ・ あり]													
	精神・神経	中枢神経浸潤：[なし ・ あり]													
	その他	胸腺腫大：[なし ・ あり] 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] 発熱：[なし ・ あり] 疼痛：[なし ・ あり] 易出血性：[なし ・ あり] 易感染性：[なし ・ あり] 易疲労性：[なし ・ あり] リンパ節腫大：[なし ・ あり]													
	消化器	肝腫大 (触診)：[なし ・ あり] 脾腫大 (触診)：[なし ・ あり] 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	精巣腫大 (男子)：[なし ・ あり] 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	中枢神経浸潤：[なし ・ あり] 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：()														
	胸腺腫大：[なし ・ あり] 歯牙異常：[なし ・ あり] 自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()														

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	()

医療機関所在地 診断年月日 年 月 日

電話番号

診療科

醫師名

小兒慢性特定疾病 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		

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

保険者番号 () 被保険者記号 ()

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