

告示番号		4		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		43 悪性ラブドイド腫瘍							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]													
		消化器		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]			
		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

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

年

月

11

診断年月日

年

月

11

診療科

醫師名

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

目

8

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