

告示番号		46		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		24 ランゲルハンス (Langerhans) 細胞組織球症								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 ] リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]												
		肝腫大 (触診)：[ なし ・ あり ] 脾腫大 (触診)：[ なし ・ あり ]												
		尿崩症：[ なし ・ あり ]												
		筋・骨格 骨病変：[ なし ・ あり ]												
		皮膚・粘膜 皮膚症状：[ なし ・ あり ]												
		精神・神経 中枢神経浸潤：[ 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 ] 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		尿崩症：[ なし ・ あり ] 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 ] 骨病変：[ なし ・ あり ]											
	皮膚・粘膜		皮膚症状：[ なし ・ あり ] 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)：( )														
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		白血球数：( )/μL ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL CRP：( )mg/dL 可溶性IL-2レセプター：( )U/mL ・ 未実施 フィブリノゲン：( )mg/dL フェリチン：( )ng/mL ・ 未実施												
病理検査		骨髓検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )												
		所見：( )												
		組織診：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )				部位：( )		( )				
		芽球比率：骨髓：( )%・未実施 末梢血：( )%・未実施												



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