

告示番号		91		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		23 18から22までに掲げるもののほか、リンパ腫								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]							
		リンパ節腫大：頸部：[なし ・ あり]				リンパ節腫大：腋窩：[なし ・ あり]				リンパ節腫大：鎖骨上窩：[なし ・ あり]			
		リンパ節腫大：縦隔：[なし ・ あり]				リンパ節腫大：肺門部：[なし ・ あり]				リンパ節腫大：傍大動脈：[なし ・ あり]			
		リンパ節腫大：腸間膜：[なし ・ あり]				リンパ節腫大：鼠径：[なし ・ あり]							
		リンパ節腫大：その他：()											
	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	他の節外病変：[なし ・ あり]											
		部位：()											
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]			
		易感染性：[なし ・ あり]				易疲労性：[なし ・ あり]							
		リンパ節腫大：頸部：[なし ・ あり]				リンパ節腫大：腋窩：[なし ・ あり]				リンパ節腫大：鎖骨上窩：[なし ・ あり]			
		リンパ節腫大：縦隔：[なし ・ あり]				リンパ節腫大：肺門部：[なし ・ あり]				リンパ節腫大：傍大動脈：[なし ・ あり]			
		リンパ節腫大：腸間膜：[なし ・ あり]				リンパ節腫大：鼠径：[なし ・ あり]							
		リンパ節腫大：その他：()											
	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]											
	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]			
		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		可溶性IL-2レセプター：()U/mL ・ 未実施											
病理検査		組織診：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											

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

8

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