

告示番号		61		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		90 頭蓋内胚細胞腫瘍								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 )											
身体所見		大頭症 (+2.0SD以上) : [ なし ・ あり ]											
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ] 体重減少 : [ なし ・ あり ]											
	消化器	悪心・嘔吐 : [ 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 ]											
	精神・神経	頭痛 : [ なし ・ あり ] 痙攣 : [ なし ・ あり ] 意識障害 : [ なし ・ あり ] 脳神経麻痺 (顔面神経麻痺等) : [ なし ・ あり ] 四肢麻痺 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] ふらつきまたは歩行異常 : [ なし ・ あり ]											
	眼	視野障害 : [ なし ・ あり ] 弱視 : [ なし ・ あり ] 斜視 : [ なし ・ あり ] 眼球運動障害 : [ なし ・ あり ] 視神経乳頭浮腫 : [ 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		α-フェトプロテイン (AFP) : ( )ng/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 ) hCG-βサブユニット : ( )ng/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 ) 絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ( )mIU/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 )											
		腫瘍マーカー (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )											



医療機関・医師署名

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 ]

保險情報

保險者番号 ( ) 被保險者記号 ( )  
 被保險者番号 ( ) 被保險者個人單位校番 ( )  
 資格取得年月日 年 月 日