

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|---|--|--|--|-----------------------------|--|----------------------|--|---------------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号 | | 30 | | 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 | | 54 多胎芽腫 | | | | | | | | 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) | | | | 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] | | | | | | | |
| | | 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) | | | | | | | | | | | | | | | |

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

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

月

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 ()

被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()

資格取得年月日 年 月 日