

告示番号		36		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		41 未分化神経外胚葉性腫瘍（末梢性のものに限る。）							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 ]										
症 状	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

8

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 ( )

被保險者番号 ( ) 被保險者個人單位枝番 ( )

資格取得年月日 年 月 日