

告示番号		19		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		61 上咽頭癌								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

1

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