

告示番号		47		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		26 24及び25に掲げるもののほか、組織球症							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 ]      易出血性：[ なし ・ あり ] リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]											
	消化器	肝腫大 (触診)：[ なし ・ あり ]      脾腫大 (触診)：[ なし ・ あり ]											
	内分泌・代謝	尿崩症：[ なし ・ あり ]											
	筋・骨格	骨病変：[ なし ・ あり ]											
	皮膚・粘膜	皮膚症状：[ なし ・ あり ]											
	精神・神経	中枢神経浸潤：[ 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 ]      発熱：[ なし ・ あり ]      疼痛：[ なし ・ あり ] 易出血性：[ 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：[ なし ・ あり ]											
	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	尿崩症：[ なし ・ あり ]      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 ] 骨病変：[ なし ・ あり ]											
	皮膚・粘膜	皮膚症状：[ なし ・ あり ]      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 ]      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：( )											
		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		白血球数：( )/μL      ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL      血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL      CRP：( )mg/dL 可溶性IL-2レセプター：( )U/mL ・ 未実施      フィブリノゲン：( )mg/dL      フェリチン：( )ng/mL ・ 未実施											
病理検査		骨髓検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )											
		所見：( )											
		組織診：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )      部位：( )											
		所見：( )											
		芽球比率：骨髓：( )%・未実施      末梢血：( )%・未実施											



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