

告示番号		28		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		53 胎児性癌								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) 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 ] 体重減少：[ なし ・ あり ] リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]				疼痛：[ なし ・ あり ] 圧迫症状：[ なし ・ あり ]				易出血性：[ なし ・ あり ] 局所腫脹 (腫瘍形成)：[ 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 ] 認知機能障害：[ なし ・ あり ]				抑鬱：[ なし ・ あり ] てんかん：[ なし ・ あり ]				末梢神経障害：[ 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：眼症状：[ なし ・ あり ] 慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ]				慢性GVH病：毛髪異常：[ なし ・ あり ] 慢性GVH病：呼吸障害：[ なし ・ あり ]				慢性GVH病：口腔粘膜障害：[ なし ・ あり ] 慢性GVH病：肝機能障害：[ 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