

告示番号		68		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		70 毛様細胞性星細胞腫								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)															
身体所見		大頭症 (+2.0SD以上) : [なし ・ あり]															
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり] 体重減少 : [なし ・ あり]															
	消化器	悪心・嘔吐 : [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]															
	精神・神経	頭痛 : [なし ・ あり] 痙攣 : [なし ・ あり] 意識障害 : [なし ・ あり]															
		脳神経麻痺 (顔面神経麻痺等) : [なし ・ あり] 四肢麻痺 : [なし ・ あり ・ 不明] ふらつきまたは歩行異常 : [なし ・ あり]															
	眼	視野障害 : [なし ・ あり] 弱視 : [なし ・ あり] 斜視 : [なし ・ あり]															
		眼球運動障害 : [なし ・ あり] 視神経乳頭浮腫 : [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		α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)															
		hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)															
		絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)															
		腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()															

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