

|   |  |   |  |   |  |                                    |  |                      |  |                           |  |                             |  |                     |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|------------------------------------|--|----------------------|--|---------------------------|--|-----------------------------|--|---------------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |  | 5   |  | 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                                      |  | 30 ウィルムス (Wilms) 腫瘍／腎芽腫   |  |   |  |                                    |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |  |   |  |                                    |  |                      |  |                           |  |                             |  |                     |  |   |  |
| 氏名                                      |  | (セイメイ)<br>(姓)   |  |   |  |                                    |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |  | 身長<br>(測定日)   |  | cm ( SD)  |  |                                    |  | 体重<br>(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・<br>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・<br>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 ]<br>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 ]<br>詳細：( )                                      |  |   |  |                                    |  |                      |  |                           |  |                             |  |                     |  |   |  |
|   |  | 歯牙異常：[ なし ・ あり ]  |  |   |  | 自己免疫疾患：[ なし ・ あり ]<br>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 )                                |  |   |  |                                    |  |                      |  |                           |  |                             |  |                     |  |   |  |



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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |