

|                                         |  |                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                      |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|-----------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------|----------------------|----------------------|------|-----------------------|---------------|-----------------------------|--|-------|--|
| 告示番号                                    |  | 80                                                                                                                                                                               |  | 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                                      |  | 1 前駆B細胞急性リンパ性白血病                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                      |                             |      |                      |                      |      | 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 ]<br>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 ]                                                                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         |  | 腎・泌尿器                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                                                                                                                                            |  | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                                                                                                   |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         |  | その他                                                                                                                                                                              |  | 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ] 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                                                                                                                                                                            |  | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ] |  |                                                                                                                                      |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         |  | 二次がん：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                             |  |                                                                                                                                      |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |



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

|                                         |  |                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                      |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|-----------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------|-----|----------------------|------|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------|--|
| 告示番号                                    |  | 77                                                                                                                                                                               |  | 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                                      |  | 2 成熟B細胞急性リンパ性白血病                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                      |        |                             |     |                      |      | 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 ]<br>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 ]                                                                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |  | 腎・泌尿器                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                                                                                                                                            |  | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                                                                                                   |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |  | その他                                                                                                                                                                              |  | 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ] 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                                                                                                                                                                            |  | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ] |  |                                                                                                                                      |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |  | 二次がん：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                             |  |                                                                                                                                      |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |





上記の通り診断します。

医療機関名

記載年月日

年

月

8

医療機関所在地

診断年月日

年

月

11

電話番号

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



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

|                                         |  |                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                      |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |  | 81                                                                                                                                                                               |  | 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                                      |  | 3 T細胞急性リンパ性白血病                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |                             |  |                      |  | 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 ]<br>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 ]                                                                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 腎・泌尿器                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                                                                                                                                            |  | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                                                                                                   |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | その他                                                                                                                                                                              |  | 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ] 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                                                                                                                                                                            |  | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ] |  |                                                                                                                                      |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 二次がん：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                             |  |                                                                                                                                      |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |



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

11

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

|                                         |  |                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                      |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|-----------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------|----------------------|-------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------|---------|--|
| 告示番号                                    |  | 71                                                                                                                                                                               |  | 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                                      |  | 4 急性骨髄性白血病、最末分化                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                      |                             |             |                      |                   | 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)<br>年 月 日                                                                                                                    |                             | 体重<br>(測定日) |                      | kg ( SD)<br>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 ] 疼痛：[ なし ・ あり ] 易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]                                                                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         |  | 腎・泌尿器                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                                                                                                                                            |  | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                                                                                                   |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         |  | その他                                                                                                                                                                              |  | 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ] 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                                                                                                                                                                            |  | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ] |  |                                                                                                                                      |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         |  | 二次がん：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                             |  |                                                                                                                                      |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |



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

11

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



|                                         |  |                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                      |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|-----------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------|----------------------|-------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------|---------|--|
| 告示番号                                    |  | 79                                                                                                                                                                               |  | 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                                      |  | 5 成熟を伴わない急性骨髄性白血病                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                      |                             |             |                      |                   | 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)<br>年 月 日                                                                                                                    |                             | 体重<br>(測定日) |                      | kg ( SD)<br>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 ] 疼痛：[ なし ・ あり ] 易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]                                                                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         |  | 腎・泌尿器                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                                                                                                                                            |  | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                                                                                                   |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         |  | その他                                                                                                                                                                              |  | 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ] 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                                                                                                                                                                            |  | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ] |  |                                                                                                                                      |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         |  | 二次がん：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                             |  |                                                                                                                                      |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |





|                                         |  |                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                      |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|-----------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------|-----|----------------------|------|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------|--|
| 告示番号                                    |  | 78                                                                                                                                                                               |  | 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                                      |  | 6 成熟を伴う急性骨髄性白血病                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                      |        |                             |     |                      |      | 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 ]<br>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 ]                                                                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |  | 腎・泌尿器                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                                                                                                                                            |  | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                                                                                                   |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |  | その他                                                                                                                                                                              |  | 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ] 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                                                                                                                                                                            |  | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ] |  |                                                                                                                                      |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |  | 二次がん：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                             |  |                                                                                                                                      |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |



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

11

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

目

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

|                                         |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                      |  |                                            |                             |                      |                      |                   |          |                       |                             |     |  |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------|-----------------------|-----------------------------|-----|--|
| 告示番号                                    |                                                                                                                                                                                  | 74                                                                                                                                   |  | 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                                      |                                                                                                                                                                                  | 7 急性前骨髄球性白血病                                                                                                                         |  |                                            |                             |                      |                      |                   | 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)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日)          |                      | kg ( SD)<br>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 ] 疼痛：[ なし ・ あり ] 易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]                                                                                            |  |                                            |                             |                      |                      |                   |          |                       |                             |     |  |
|                                         | 腎・泌尿器                                                                                                                                                                            | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |  |                                            |                             |                      |                      |                   |          |                       |                             |     |  |
|                                         | 精神・神経                                                                                                                                                                            | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                                                                                                   |  |                                            |                             |                      |                      |                   |          |                       |                             |     |  |
|                                         | その他                                                                                                                                                                              | 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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                                                                                                                                                                            | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ] 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                                                                                                                                                                            | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ] |                                                                                                                                      |  |                                            |                             |                      |                      |                   |          |                       |                             |     |  |
|                                         | 二次がん：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                             |                                                                                                                                      |  |                                            |                             |                      |                      |                   |          |                       |                             |     |  |





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 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 |

|                                         |  |                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                      |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |  | 72                                                                                                                                                                               |  | 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                                      |  | 8 急性骨髓単球性白血病                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |                             |  |                      |  | 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>(姓名)                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                      |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(姓名)        |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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 ]<br>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 ]                                                                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 腎・泌尿器                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                                                                                                                                            |  | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                                                                                                   |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | その他                                                                                                                                                                              |  | 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ] 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                                                                                                                                                                            |  | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ] |  |                                                                                                                                      |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 二次がん：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                             |  |                                                                                                                                      |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |



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

11

診断年月日

年

月

11

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

11

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 ( )

被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )

資格取得年月日 年 月 日

|                                         |  |                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                      |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|-----------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------|-----|----------------------|------|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------|--|
| 告示番号                                    |  | 75                                                                                                                                                                               |  | 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                                      |  | 9 急性単球性白血病                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                      |        |                             |     |                      |      | 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 ]<br>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 ]                                                                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |  | 腎・泌尿器                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                                                                                                                                            |  | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                                                                                                   |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |  | その他                                                                                                                                                                              |  | 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ] 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                                                                                                                                                                            |  | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ] |  |                                                                                                                                      |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |  | 二次がん：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                             |  |                                                                                                                                      |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |



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



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 ( )

被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )

資格取得年月日 年 月 日

|                                         |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                      |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|------|----------------------|----------------------|------|-----------------------|---------------|-----------------------------|--|-------|--|
| 告示番号                                    |                                                                                                                                                                                  | 73                                                                                                                                   |  | 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                                      |                                                                                                                                                                                  | 10 急性赤白血病                                                                                                                            |  |                                            |                             |      |                      |                      |      | 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 ]<br>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 ]                                                                                            |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         | 腎・泌尿器                                                                                                                                                                            | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         | 精神・神経                                                                                                                                                                            | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                                                                                                   |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         | その他                                                                                                                                                                              | 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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                                                                                                                                                                            | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ] 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                                                                                                                                                                            | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ] |                                                                                                                                      |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         | 二次がん：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                             |                                                                                                                                      |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |





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

目

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

|                                         |  |                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                      |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|-----------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------|-----|----------------------|------|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------|--|
| 告示番号                                    |  | 70                                                                                                                                                                               |  | 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                                      |  | 11 急性巨核芽球性白血病                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                      |        |                             |     |                      |      | 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 ]<br>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 ]                                                                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |  | 腎・泌尿器                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                                                                                                                                            |  | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                                                                                                   |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |  | その他                                                                                                                                                                              |  | 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ] 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                                                                                                                                                                            |  | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ] |  |                                                                                                                                      |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |  | 二次がん：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                             |  |                                                                                                                                      |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |



上記の通り診断します。

医療機関名

記載年月日

年

月

11

医療機関所在地

診断年月日

年

月

11

電話番号

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 ( )

被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )

資格取得年月日 年 月 日

|                                         |  |                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                      |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |  | 82                                                                                                                                                                               |  | 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                                      |  | 12 NK (ナチュラルキラー) 細胞白血病                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                      |  |                             |  |                      |  | 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 ]<br>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 ]                                                                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 腎・泌尿器                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                                                                                                                                            |  | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                                                                                                   |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | その他                                                                                                                                                                              |  | 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ] 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                                                                                                                                                                            |  | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ] |  |                                                                                                                                      |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 二次がん：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                             |  |                                                                                                                                      |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |



上記の通り診断します。

|         |                |   |   |   |
|---------|----------------|---|---|---|
| 医療機関名   | 記載年月日          | 年 | 月 | 日 |
| 医療機関所在地 | 診断年月日          | 年 | 月 | 日 |
| 電話番号    | 診療科            |   |   |   |
|         | 医師名            |   |   |   |
|         | 小児慢性特定疾病 指定医番号 | ( |   | ) |

医療機関所在地 診断年月日 年 月 日

電話番号

診療科

醫師名

小兒慢性特定疾病 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 |

## 担当自治体

|     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 受理日 | 年 | 月 | 日 |
|-----|---|---|---|

公費負担者番号

認定結果

|         |           |
|---------|-----------|
| 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



|                                         |  |                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                      |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |  | 83                                                                                                                                                                               |  | 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                                      |  | 13 慢性骨髄性白血病                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |                             |  |                      |  | 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 ]<br>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 ]                                                                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 腎・泌尿器                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                                                                                                                                            |  | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                                                                                                   |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | その他                                                                                                                                                                              |  | 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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                                                                                                                                                                            |  | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ] 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                                                                                                                                                                            |  | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ] |  |                                                                                                                                      |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 二次がん：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                             |  |                                                                                                                                      |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |



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

11

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

|                                         |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                          |  |                                            |                             |                      |                      |                   |          |                       |                             |         |  |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------|-----------------------|-----------------------------|---------|--|
| 告示番号                                    |                                                                                                                                                                                                      | 84                                                                                                                                                       |  | 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                                      |                                                                                                                                                                                                      | 14 慢性骨髓単球性白血病                                                                                                                                            |  |                                            |                             |                      |                      |                   | 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)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日)          |                      | kg ( SD)<br>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 ]      疼痛：[ なし ・ あり ]      易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]                                                                                                           |  |                                            |                             |                      |                      |                   |          |                       |                             |         |  |
|                                         | 腎・泌尿器                                                                                                                                                                                                | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                    |  |                                            |                             |                      |                      |                   |          |                       |                             |         |  |
|                                         | 精神・神経                                                                                                                                                                                                | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                       |  |                                            |                             |                      |                      |                   |          |                       |                             |         |  |
|                                         | その他                                                                                                                                                                                                  | 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ]      易感染性：[ なし ・ あり ]      易疲労性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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                                                                                                                                                                                                | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]      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                                                                                                                                                                                                | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ] |                                                                                                                                                          |  |                                            |                             |                      |                      |                   |          |                       |                             |         |  |
|                                         | 二次がん：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                                       |                                                                                                                                                          |  |                                            |                             |                      |                      |                   |          |                       |                             |         |  |



上記の通り診断します。

|         |                |   |   |   |
|---------|----------------|---|---|---|
| 医療機関名   | 記載年月日          | 年 | 月 | 日 |
| 医療機関所在地 | 診断年月日          | 年 | 月 | 日 |
| 電話番号    | 診療科            |   |   |   |
|         | 医師名            |   |   |   |
|         | 小児慢性特定疾病 指定医番号 | ( |   | ) |

医療機関所在地 診断年月日 年 月 日

電話番号

診療科

醫師名

小兒慢性特定疾病 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 |

|                                         |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                      |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--------|-----------------------------|-----|----------------------|------|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------|--|
| 告示番号                                    |                                                                                                                                                                                  | 76                                                                                                                                   |  | 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                                      |                                                                                                                                                                                  | 15 若年性骨髄単球形白血病                                                                                                                       |  |                                            |        |                             |     |                      |      | 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 ]<br>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 ]                                                                                            |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         | 腎・泌尿器                                                                                                                                                                            | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         | 精神・神経                                                                                                                                                                            | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                                                                                                   |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         | その他                                                                                                                                                                              | 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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                                                                                                                                                                            | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ] 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                                                                                                                                                                            | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ] |                                                                                                                                      |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         | 二次がん：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                             |                                                                                                                                      |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |





上記の通り診断します。

|         |                |   |   |   |
|---------|----------------|---|---|---|
| 医療機関名   | 記載年月日          | 年 | 月 | 日 |
| 医療機関所在地 | 診断年月日          | 年 | 月 | 日 |
| 電話番号    | 診療科            |   |   |   |
|         | 医師名            |   |   |   |
|         | 小児慢性特定疾病 指定医番号 | ( |   | ) |

医療機関所在地 診断年月日 年 月 日

電話番号

診療科

醫師名

小兒慢性特定疾病 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 |

|                                         |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                    |                                                                                                                                                                                  | 85                                                                                                                                   |  | 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                                      |                                                                                                                                                                                  | 16 1から15までに掲げるもののほか、白血病                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>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 ]<br>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 ]                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 腎・泌尿器                                                                                                                                                                            | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 精神・神経                                                                                                                                                                            | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                                                                                                   |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | その他                                                                                                                                                                              | 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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                                                                                                                                                                            | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ] 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                                                                                                                                                                            | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ] |                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 二次がん：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                             |                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |



上記の通り診断します。

|         |                |   |   |   |
|---------|----------------|---|---|---|
| 医療機関名   | 記載年月日          | 年 | 月 | 日 |
| 医療機関所在地 | 診断年月日          | 年 | 月 | 日 |
| 電話番号    | 診療科            |   |   |   |
|         | 医師名            |   |   |   |
|         | 小児慢性特定疾病 指定医番号 | ( |   | ) |

医療機関所在地 診断年月日 年 月 日

電話番号

診療科

醫師名

小兒慢性特定疾病 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 |

## 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 ( ) 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 | 保險者番号 ( )  | 被保險者記号 ( )     |
|      | 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          |

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

|                                         |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                      |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--------|-----------------------------|-----|----------------------|------|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------|--|
| 告示番号                                    |                                                                                                                                                                                  | 44                                                                                                                                   |  | 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                                      |                                                                                                                                                                                  | 17 骨髓異形成症候群                                                                                                                          |  |                                            |        |                             |     |                      |      | 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 ]<br>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 ]                                                                                            |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         | 腎・泌尿器                                                                                                                                                                            | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         | 精神・神経                                                                                                                                                                            | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                                                                                                   |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         | その他                                                                                                                                                                              | 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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                                                                                                                                                                            | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ] 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                                                                                                                                                                            | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ] |                                                                                                                                      |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         | 二次がん：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                             |                                                                                                                                      |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |         |  |



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

11

診断年月日

年

月

11

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



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

|                                                                                     |                          |                                                                 |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-------------------------|------------------------|--|----------------------|---------------------------|-------------------------|--|-----------------------------|--|-------|--|
| 告示番号                                                                                |                          | 86                                                              |  | 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                                                                                  |                          | 18 成熟B細胞リンパ腫                                                    |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           | 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 ]         |  |                      |                           |                         |  |                             |  |       |  |
|                                                                                     |                          | リンパ節腫大：頸部：[ なし ・ あり ]                                           |  |                                            |                         | リンパ節腫大：腋窩：[ なし ・ あり ]  |  |                      |                           | リンパ節腫大：鎖骨上窩：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |       |  |
|                                                                                     |                          | リンパ節腫大：縦隔：[ なし ・ あり ]                                           |  |                                            |                         | リンパ節腫大：肺門部：[ なし ・ あり ] |  |                      |                           | リンパ節腫大：傍大動脈：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |       |  |
|                                                                                     |                          | リンパ節腫大：腸間膜：[ なし ・ あり ]                                          |  |                                            |                         | リンパ節腫大：鼠径：[ なし ・ あり ]  |  |                      |                           |                         |  |                             |  |       |  |
|                                                                                     |                          | リンパ節腫大：その他：( )                                                  |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |       |  |
|                                                                                     | 消化器                      | 肝腫大 (触診)：[ なし ・ あり ]                                            |  |                                            |                         | 脾腫大 (触診)：[ なし ・ あり ]   |  |                      |                           |                         |  |                             |  |       |  |
|                                                                                     | 腎・泌尿器                    | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                           |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |       |  |
|                                                                                     | 精神・神経                    | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                              |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |       |  |
|                                                                                     | その他                      | 他の節外病変：[ なし ・ あり ]                                              |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |       |  |
|                                                                                     |                          | 部位：( )                                                          |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |       |  |
| 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]                                                                    |                          |                                                                 |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |       |  |
| 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 ]          |  |                             |  |       |  |
|                                                                                     |                          | 易感染性：[ なし ・ あり ]                                                |  |                                            |                         | 易疲労性：[ なし ・ あり ]       |  |                      |                           |                         |  |                             |  |       |  |
|                                                                                     |                          | リンパ節腫大：頸部：[ なし ・ あり ]                                           |  |                                            |                         | リンパ節腫大：腋窩：[ なし ・ あり ]  |  |                      |                           | リンパ節腫大：鎖骨上窩：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |       |  |
|                                                                                     |                          | リンパ節腫大：縦隔：[ なし ・ あり ]                                           |  |                                            |                         | リンパ節腫大：肺門部：[ なし ・ あり ] |  |                      |                           | リンパ節腫大：傍大動脈：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |       |  |
|                                                                                     |                          | リンパ節腫大：腸間膜：[ なし ・ あり ]                                          |  |                                            |                         | リンパ節腫大：鼠径：[ なし ・ あり ]  |  |                      |                           |                         |  |                             |  |       |  |
|                                                                                     |                          | リンパ節腫大：その他：( )                                                  |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |       |  |
|                                                                                     | 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                   | 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                    | 精巣腫大 (男子)：[ 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                    | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                              |  |                                            |                         | 白質脳症：[ なし ・ あり ]       |  |                      |                           | 抑鬱：[ 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                                                                                |                          | 可溶性IL-2レセプター：( )U/mL ・ 未実施                                      |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |       |  |
| 病理検査                                                                                |                          | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( )<br>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

11

診断年月日

年

月

11

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



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

|                                         |                            |                                                                                                                                      |  |                                            |                         |                        |                           |                         |  |                       |  |                             |   |
|-----------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|---|
| 告示番号                                    |                            | 90                                                                                                                                   |  | 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                                      |                            | 19 未分化大細胞リンパ腫                                                                                                                        |  |                                            |                         |                        |                           |                         |  | 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)<br>年 月 日                          |                         | 体重<br>(測定日)            |                           | kg ( SD)<br>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 ]                                                                                                                       |  |                                            |                         | 疼痛：[ なし ・ あり ]         |                           |                         |  |                       |  |                             |   |
|                                         |                            | リンパ節腫大：頸部：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |  |                                            |                         | リンパ節腫大：腋窩：[ なし ・ あり ]  |                           | リンパ節腫大：鎖骨上窩：[ なし ・ あり ] |  |                       |  |                             |   |
|                                         |                            | リンパ節腫大：縦隔：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |  |                                            |                         | リンパ節腫大：肺門部：[ なし ・ あり ] |                           | リンパ節腫大：傍大動脈：[ なし ・ あり ] |  |                       |  |                             |   |
|                                         |                            | リンパ節腫大：腸間膜：[ なし ・ あり ]                                                                                                               |  |                                            |                         | リンパ節腫大：鼠径：[ なし ・ あり ]  |                           |                         |  |                       |  |                             |   |
|                                         |                            | リンパ節腫大：その他：( )                                                                                                                       |  |                                            |                         |                        |                           |                         |  |                       |  |                             |   |
|                                         | 消化器                        | 肝腫大 (触診)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                 |  |                                            |                         | 脾腫大 (触診)：[ なし ・ あり ]   |                           |                         |  |                       |  |                             |   |
|                                         | 腎・泌尿器                      | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |  |                                            |                         |                        |                           |                         |  |                       |  |                             |   |
|                                         | 精神・神経                      | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                                                                                                   |  |                                            |                         |                        |                           |                         |  |                       |  |                             |   |
|                                         | その他                        | 他の節外病変：[ なし ・ あり ]                                                                                                                   |  |                                            |                         |                        |                           |                         |  |                       |  |                             |   |
|                                         |                            | 部位：( )                                                                                                                               |  |                                            |                         |                        |                           |                         |  |                       |  |                             |   |
| 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]                        |                            |                                                                                                                                      |  |                                            |                         |                        |                           |                         |  |                       |  |                             |   |
| 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 ]          |  |                       |  |                             |   |
|                                         |                            | 易感染性：[ なし ・ あり ]                                                                                                                     |  |                                            |                         | 易疲労性：[ なし ・ あり ]       |                           |                         |  |                       |  |                             |   |
|                                         |                            | リンパ節腫大：頸部：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |  |                                            |                         | リンパ節腫大：腋窩：[ なし ・ あり ]  |                           | リンパ節腫大：鎖骨上窩：[ なし ・ あり ] |  |                       |  |                             |   |
|                                         |                            | リンパ節腫大：縦隔：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |  |                                            |                         | リンパ節腫大：肺門部：[ なし ・ あり ] |                           | リンパ節腫大：傍大動脈：[ なし ・ あり ] |  |                       |  |                             |   |
|                                         |                            | リンパ節腫大：腸間膜：[ なし ・ あり ]                                                                                                               |  |                                            |                         | リンパ節腫大：鼠径：[ なし ・ あり ]  |                           |                         |  |                       |  |                             |   |
|                                         |                            | リンパ節腫大：その他：( )                                                                                                                       |  |                                            |                         |                        |                           |                         |  |                       |  |                             |   |
|                                         | 消化器                        | 肝腫大 (触診)：[ なし ・ あり ]<br>消化器症状：[ なし ・ あり ]                                                                                            |  |                                            |                         | 脾腫大 (触診)：[ なし ・ あり ]   |                           | 肝機能障害：[ 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                      | 精巣腫大 (男子)：[ 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 ]                                                                                                                     |  |                                            |                         |                        |                           |                         |  |                       |  |                             |   |
|                                         | 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 ]<br>移動障害：[ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立立位 ・ 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：( ) |                                                                                                                                      |  |                                            |                         |                        |                           |                         |  |                       |  |                             |   |
| 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                                    |                            | 可溶性IL-2レセプター：( )U/mL ・ 未実施                                                                                                           |  |                                            |                         |                        |                           |                         |  |                       |  |                             |   |
| 病理検査                                    |                            | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( )<br>所見：( )                                                                                      |  |                                            |                         |                        |                           |                         |  |                       |  |                             |   |





|                                                                                     |                          |                                                                 |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-------------------------|------------------------|--|----------------------|---------------------------|-------------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                                                                |                          | 88                                                              |  | 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                                                                                  |                          | 20 Bリンパ芽球性リンパ腫                                                  |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           | 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>(姓名)                                                  |  |                                            |                         |                        |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |                           | (セイメイ)<br>(姓名)          |  |                             |  |
| 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)<br>年 月 日                          |                         | 体重<br>(測定日)            |  | kg ( SD)<br>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 ]                                                  |  |                                            |                         | 疼痛：[ なし ・ あり ]         |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|                                                                                     |                          | リンパ節腫大：頸部：[ なし ・ あり ]                                           |  |                                            |                         | リンパ節腫大：腋窩：[ なし ・ あり ]  |  |                      |                           | リンパ節腫大：鎖骨上窩：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |
|                                                                                     |                          | リンパ節腫大：縦隔：[ なし ・ あり ]                                           |  |                                            |                         | リンパ節腫大：肺門部：[ なし ・ あり ] |  |                      |                           | リンパ節腫大：傍大動脈：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |
|                                                                                     |                          | リンパ節腫大：腸間膜：[ なし ・ あり ]                                          |  |                                            |                         | リンパ節腫大：鼠径：[ なし ・ あり ]  |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|                                                                                     |                          | リンパ節腫大：その他：( )                                                  |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|                                                                                     | 消化器                      | 肝腫大 (触診)：[ なし ・ あり ]                                            |  |                                            |                         | 脾腫大 (触診)：[ なし ・ あり ]   |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|                                                                                     | 腎・泌尿器                    | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                           |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|                                                                                     | 精神・神経                    | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                              |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|                                                                                     | その他                      | 他の節外病変：[ なし ・ あり ]                                              |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|                                                                                     |                          | 部位：( )                                                          |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
| 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]                                                                    |                          |                                                                 |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
| 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 ]          |  |                             |  |
|                                                                                     |                          | 易感染性：[ なし ・ あり ]                                                |  |                                            |                         | 易疲労性：[ なし ・ あり ]       |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|                                                                                     |                          | リンパ節腫大：頸部：[ なし ・ あり ]                                           |  |                                            |                         | リンパ節腫大：腋窩：[ なし ・ あり ]  |  |                      |                           | リンパ節腫大：鎖骨上窩：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |
|                                                                                     |                          | リンパ節腫大：縦隔：[ なし ・ あり ]                                           |  |                                            |                         | リンパ節腫大：肺門部：[ なし ・ あり ] |  |                      |                           | リンパ節腫大：傍大動脈：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |
|                                                                                     |                          | リンパ節腫大：腸間膜：[ なし ・ あり ]                                          |  |                                            |                         | リンパ節腫大：鼠径：[ なし ・ あり ]  |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|                                                                                     |                          | リンパ節腫大：その他：( )                                                  |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|                                                                                     | 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                   | 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                    | 精巣腫大 (男子)：[ 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                    | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                              |  |                                            |                         | 白質脳症：[ なし ・ あり ]       |  |                      |                           | 抑鬱：[ 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 ]   |                           |                         |  |                             |  |
| 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                                             |                          |                                                                 |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
| 血液検査                                                                                |                          | 可溶性IL-2レセプター：( )U/mL ・ 未実施                                      |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
| 病理検査                                                                                |                          | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( )                           |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|                                                                                     |                          | 所見：( )                                                          |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |







|                                         |                          |                                                                                     |  |                                            |                         |                             |     |                      |                           |                         |  |                             |  |         |  |
|-----------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----|----------------------|---------------------------|-------------------------|--|-----------------------------|--|---------|--|
| 告示番号                                    |                          | 87                                                                                  |  | 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                                      |                          | 21 Tリンパ芽球性リンパ腫                                                                      |  |                                            |                         |                             |     |                      |                           | 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 ]              |     |                      |                           |                         |  |                             |  |         |  |
|                                         |                          | リンパ節腫大：頸部：[ なし ・ あり ]                                                               |  |                                            |                         | リンパ節腫大：腋窩：[ なし ・ あり ]       |     |                      |                           | リンパ節腫大：鎖骨上窩：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |         |  |
|                                         |                          | リンパ節腫大：縦隔：[ なし ・ あり ]                                                               |  |                                            |                         | リンパ節腫大：肺門部：[ なし ・ あり ]      |     |                      |                           | リンパ節腫大：傍大動脈：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |         |  |
|                                         |                          | リンパ節腫大：腸間膜：[ なし ・ あり ]                                                              |  |                                            |                         | リンパ節腫大：鼠径：[ なし ・ あり ]       |     |                      |                           |                         |  |                             |  |         |  |
|                                         |                          | リンパ節腫大：その他：( )                                                                      |  |                                            |                         |                             |     |                      |                           |                         |  |                             |  |         |  |
|                                         | 消化器                      | 肝腫大 (触診)：[ なし ・ あり ]                                                                |  |                                            |                         | 脾腫大 (触診)：[ なし ・ あり ]        |     |                      |                           |                         |  |                             |  |         |  |
|                                         | 腎・泌尿器                    | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                                               |  |                                            |                         |                             |     |                      |                           |                         |  |                             |  |         |  |
|                                         | 精神・神経                    | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                                                  |  |                                            |                         |                             |     |                      |                           |                         |  |                             |  |         |  |
|                                         | その他                      | 他の節外病変：[ なし ・ あり ]                                                                  |  |                                            |                         |                             |     |                      |                           |                         |  |                             |  |         |  |
|                                         |                          | 部位：( )                                                                              |  |                                            |                         |                             |     |                      |                           |                         |  |                             |  |         |  |
| 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]                        |                          |                                                                                     |  |                                            |                         |                             |     |                      |                           |                         |  |                             |  |         |  |
| 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 ]          |  |                             |  |         |  |
|                                         |                          | 易感染性：[ なし ・ あり ]                                                                    |  |                                            |                         | 易疲労性：[ なし ・ あり ]            |     |                      |                           |                         |  |                             |  |         |  |
|                                         |                          | リンパ節腫大：頸部：[ なし ・ あり ]                                                               |  |                                            |                         | リンパ節腫大：腋窩：[ なし ・ あり ]       |     |                      |                           | リンパ節腫大：鎖骨上窩：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |         |  |
|                                         |                          | リンパ節腫大：縦隔：[ なし ・ あり ]                                                               |  |                                            |                         | リンパ節腫大：肺門部：[ なし ・ あり ]      |     |                      |                           | リンパ節腫大：傍大動脈：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |         |  |
|                                         |                          | リンパ節腫大：腸間膜：[ なし ・ あり ]                                                              |  |                                            |                         | リンパ節腫大：鼠径：[ なし ・ あり ]       |     |                      |                           |                         |  |                             |  |         |  |
|                                         |                          | リンパ節腫大：その他：( )                                                                      |  |                                            |                         |                             |     |                      |                           |                         |  |                             |  |         |  |
|                                         | 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                   | 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                    | 精巣腫大 (男子)：[ 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 ]                                                                    |  |                                            |                         |                             |     |                      |                           |                         |  |                             |  |         |  |
|                                         | 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 ]                                       |  |                                            |                         |                             |     |                      |                           |                         |  |                             |  |         |  |
|                                         | 耳鼻咽喉                     | 移動障害：[ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明 ] |  |                                            |                         |                             |     |                      |                           |                         |  |                             |  |         |  |
| その他                                     | 聴力障害：[ なし ・ あり ]         |                                                                                     |  |                                            |                         |                             |     |                      |                           |                         |  |                             |  |         |  |
|                                         | 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                                    |                          | 可溶性IL-2レセプター：( )U/mL ・ 未実施                                                          |  |                                            |                         |                             |     |                      |                           |                         |  |                             |  |         |  |
| 病理検査                                    |                          | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( )<br>所見：( )                                     |  |                                            |                         |                             |     |                      |                           |                         |  |                             |  |         |  |





|                                         |                                                                                     |                                                                 |  |                                            |                         |                             |  |                      |                           |                         |  |                             |  |                    |  |   |  |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|--|----------------------|---------------------------|-------------------------|--|-----------------------------|--|--------------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |                                                                                     | 89                                                              |  | 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                                      |                                                                                     | 22 ホジキン (Hodgkin) リンパ腫                                          |  |                                            |                         |                             |  |                      |                           | 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 ]              |  |                      |                           |                         |  |                             |  |                    |  |   |  |
|                                         |                                                                                     | リンパ節腫大：頸部：[ なし ・ あり ]                                           |  |                                            |                         | リンパ節腫大：腋窩：[ なし ・ あり ]       |  |                      |                           | リンパ節腫大：鎖骨上窩：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |                    |  |   |  |
|                                         |                                                                                     | リンパ節腫大：縦隔：[ なし ・ あり ]                                           |  |                                            |                         | リンパ節腫大：肺門部：[ なし ・ あり ]      |  |                      |                           | リンパ節腫大：傍大動脈：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |                    |  |   |  |
|                                         |                                                                                     | リンパ節腫大：腸間膜：[ なし ・ あり ]                                          |  |                                            |                         | リンパ節腫大：鼠径：[ なし ・ あり ]       |  |                      |                           |                         |  |                             |  |                    |  |   |  |
|                                         |                                                                                     | リンパ節腫大：その他：( )                                                  |  |                                            |                         |                             |  |                      |                           |                         |  |                             |  |                    |  |   |  |
|                                         | 消化器                                                                                 | 肝腫大 (触診)：[ なし ・ あり ]                                            |  |                                            |                         | 脾腫大 (触診)：[ なし ・ あり ]        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |                    |  |   |  |
|                                         | 腎・泌尿器                                                                               | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                           |  |                                            |                         |                             |  |                      |                           |                         |  |                             |  |                    |  |   |  |
|                                         | 精神・神経                                                                               | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                              |  |                                            |                         |                             |  |                      |                           |                         |  |                             |  |                    |  |   |  |
|                                         | その他                                                                                 | 他の節外病変：[ なし ・ あり ]                                              |  |                                            |                         |                             |  |                      |                           |                         |  |                             |  |                    |  |   |  |
|                                         |                                                                                     | 部位：( )                                                          |  |                                            |                         |                             |  |                      |                           |                         |  |                             |  |                    |  |   |  |
| 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]                        |                                                                                     |                                                                 |  |                                            |                         |                             |  |                      |                           |                         |  |                             |  |                    |  |   |  |
| 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 ]          |  |                             |  |                    |  |   |  |
|                                         |                                                                                     | 易感染性：[ なし ・ あり ]                                                |  |                                            |                         | 易疲労性：[ なし ・ あり ]            |  |                      |                           |                         |  |                             |  |                    |  |   |  |
|                                         |                                                                                     | リンパ節腫大：頸部：[ なし ・ あり ]                                           |  |                                            |                         | リンパ節腫大：腋窩：[ なし ・ あり ]       |  |                      |                           | リンパ節腫大：鎖骨上窩：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |                    |  |   |  |
|                                         |                                                                                     | リンパ節腫大：縦隔：[ なし ・ あり ]                                           |  |                                            |                         | リンパ節腫大：肺門部：[ なし ・ あり ]      |  |                      |                           | リンパ節腫大：傍大動脈：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |                    |  |   |  |
|                                         |                                                                                     | リンパ節腫大：腸間膜：[ なし ・ あり ]                                          |  |                                            |                         | リンパ節腫大：鼠径：[ なし ・ あり ]       |  |                      |                           |                         |  |                             |  |                    |  |   |  |
|                                         |                                                                                     | リンパ節腫大：その他：( )                                                  |  |                                            |                         |                             |  |                      |                           |                         |  |                             |  |                    |  |   |  |
|                                         | 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                                                                              | 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                                                                               | 精巣腫大 (男子)：[ 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 ]                                                |  |                                            |                         |                             |  |                      |                           |                         |  |                             |  |                    |  |   |  |
|                                         | 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                                    |                                                                                     | 可溶性IL-2レセプター：( )U/mL ・ 未実施                                      |  |                                            |                         |                             |  |                      |                           |                         |  |                             |  |                    |  |   |  |
| 病理検査                                    |                                                                                     | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( )<br>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

11

診断年月日

年

月

11

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

|                                         |                                                                                     |                                                                 |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-------------------------|------------------------|--|----------------------|---------------------------|-------------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                    |                                                                                     | 91                                                              |  | 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                                      |                                                                                     | 23 18から22までに掲げるもののほか、リンパ腫                                       |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           | 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)<br>年 月 日                          |                         | 体重<br>(測定日)            |  | kg ( SD)<br>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 ]         |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|                                         |                                                                                     | リンパ節腫大：頸部：[ なし ・ あり ]                                           |  |                                            |                         | リンパ節腫大：腋窩：[ なし ・ あり ]  |  |                      |                           | リンパ節腫大：鎖骨上窩：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |
|                                         |                                                                                     | リンパ節腫大：縦隔：[ なし ・ あり ]                                           |  |                                            |                         | リンパ節腫大：肺門部：[ なし ・ あり ] |  |                      |                           | リンパ節腫大：傍大動脈：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |
|                                         |                                                                                     | リンパ節腫大：腸間膜：[ なし ・ あり ]                                          |  |                                            |                         | リンパ節腫大：鼠径：[ なし ・ あり ]  |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|                                         |                                                                                     | リンパ節腫大：その他：( )                                                  |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|                                         | 消化器                                                                                 | 肝腫大 (触診)：[ なし ・ あり ]                                            |  |                                            |                         | 脾腫大 (触診)：[ なし ・ あり ]   |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|                                         | 腎・泌尿器                                                                               | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                           |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|                                         | 精神・神経                                                                               | 中枢神経浸潤：[ なし ・ あり ]                                              |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|                                         | その他                                                                                 | 他の節外病変：[ なし ・ あり ]                                              |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|                                         |                                                                                     | 部位：( )                                                          |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
| 胸腺腫大：[ なし ・ あり ]                        |                                                                                     |                                                                 |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
| 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 ]          |  |                             |  |
|                                         |                                                                                     | 易感染性：[ なし ・ あり ]                                                |  |                                            |                         | 易疲労性：[ なし ・ あり ]       |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|                                         |                                                                                     | リンパ節腫大：頸部：[ なし ・ あり ]                                           |  |                                            |                         | リンパ節腫大：腋窩：[ なし ・ あり ]  |  |                      |                           | リンパ節腫大：鎖骨上窩：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |
|                                         |                                                                                     | リンパ節腫大：縦隔：[ なし ・ あり ]                                           |  |                                            |                         | リンパ節腫大：肺門部：[ なし ・ あり ] |  |                      |                           | リンパ節腫大：傍大動脈：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |
|                                         |                                                                                     | リンパ節腫大：腸間膜：[ なし ・ あり ]                                          |  |                                            |                         | リンパ節腫大：鼠径：[ なし ・ あり ]  |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|                                         |                                                                                     | リンパ節腫大：その他：( )                                                  |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
|                                         | 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                                                                              | 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                                                                               | 精巣腫大 (男子)：[ なし ・ あり ]                                           |  |                                            |                         | 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                                                                               | 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                                    |                                                                                     | 可溶性IL-2レセプター：( )U/mL ・ 未実施                                      |  |                                            |                         |                        |  |                      |                           |                         |  |                             |  |
| 病理検査                                    |                                                                                     | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( )<br>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

2

診断年月日

年

月

11

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

|                                         |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|-----------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|-------------|----------------------|-------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------|-----|--|
| 告示番号                                    |         | 46                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 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                                      |         | 24 ランゲルハンス (Langerhans) 細胞組織球症                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |                             |             |                      |                   | 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 ( )<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)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日) |                      | kg ( SD)<br>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 ]      疼痛：[ なし ・ あり ]      易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ]      易感染性：[ なし ・ あり ]      易疲労性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ]                                                                                          |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|                                         |         | 二次がん：[ なし ・ あり ]<br>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<br>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 ( )<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 |

|                                         |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|-----------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|------|----------------------|----------------------|------|-----------------------|---------------|-----------------------------|--|-------|--|
| 告示番号                                    |         | 45                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 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                                      |         | 25 血球貪食性リンパ組織球症                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                            |                             |      |                      |                      |      | 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 ( )<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 ]<br>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 ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ]<br>二次がん：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )<br>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 ]<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                                    |         | 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<br>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                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |





|                                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |                             |      |     |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|-----------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|------|-----|----------------------|------|-----------------------|---------------|-----------------------------|--|-------|--|
| 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 ( )<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 |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |                             |      |     |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
| 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 ]<br>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 ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ]                                                                                     |  |                                            |                             |      |     |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         |                      | 二次がん：[ なし ・ あり ]<br>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<br>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 ( )<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 |

|                                         |             |                                                                                                                                                                                  |                                            |        |                             |          |                                    |          |               |                                        |                             |                                             |   |
|-----------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------|-----------------------------|----------|------------------------------------|----------|---------------|----------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|---|
| 告示番号                                    |             | 20                                                                                                                                                                               |                                            | 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                                      |             | 27 神経芽腫                                                                                                                                                                          |                                            |        |                             |          |                                    |          | 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<br>状                                  | 全身          | 発熱：[ なし ・ あり ]<br>体重減少：[ なし ・ あり ]<br>リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]                                                                                                                         |                                            |        |                             |          | 疼痛：[ なし ・ あり ]<br>圧迫症状：[ なし ・ あり ] |          |               |                                        |                             | 易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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・<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<br>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 ]<br>認知機能障害：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                           |                                            |        |                             |          | 抑鬱：[ なし ・ あり ]<br>てんかん：[ なし ・ あり ] |          |               | 末梢神経障害：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]     |             |                                                                                                                                                                                  |                                            |        |                             |          |                                    |          |               |                                        |                             |                                             |   |
| 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 |

|                                         |         |                                                                                                                                     |                                            |                                            |                             |                         |                      |                          |               |                           |                             |         |  |  |  |
|-----------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------|---------------|---------------------------|-----------------------------|---------|--|--|--|
| 告示番号                                    |         | 21                                                                                                                                  |                                            | 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                                      |         | 28 神経節芽腫                                                                                                                            |                                            |                                            |                             |                         |                      |                          | 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)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日)             |                      | kg ( SD)<br>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<br>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 ]                                                                                                                  |                                            |                                            |                             |                         |                      |                          |               |                           |                             |         |  |  |  |
|                                         |         | 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<br>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 ]<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 ]                        |         |                                                                                                                                     |                                            |                                            |                             |                         |                      |                          |               |                           |                             |         |  |  |  |
|                                         |         | 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 )           |                      |                          |               |                           |                             |         |  |  |  |



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 |



|                                         |             |                                                                                                                                     |  |                                            |                             |             |                                                    |                   |               |                       |                             |                                                       |  |  |  |
|-----------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|-------------|----------------------------------------------------|-------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------|--|--|--|
| 告示番号                                    |             | 40                                                                                                                                  |  | 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                                      |             | 29 網膜芽細胞腫                                                                                                                           |  |                                            |                             |             |                                                    |                   | 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 ( )<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)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日) |                                                    | kg ( SD)<br>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<br>状                                  | 全身          | 発熱：[ なし ・ あり ]<br>体重減少：[ なし ・ あり ]<br>リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]                                                                            |  |                                            |                             |             | 疼痛：[ なし ・ あり ]<br>圧迫症状：[ なし ・ あり ]                 |                   |               |                       |                             | 易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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・<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<br>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 ]<br>認知機能障害：[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |                             |             | 抑鬱：[ なし ・ あり ]<br>てんかん：[ なし ・ あり ]                 |                   |               |                       |                             | 末梢神経障害：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：眼症状：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：肝機能障害：[ 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 ]          |             |                                                    |                   |               |                       |                             |                                                       |  |  |  |
| 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 )                                                                                                    |  |                                            |                             |             |                                                    |                   |               |                       |                             |                                                       |  |  |  |





|                                         |         |                                                                                                                                     |                           |                                            |                             |                         |                      |                          |               |                           |                             |         |  |  |
|-----------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------|---------------|---------------------------|-----------------------------|---------|--|--|
| 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)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日)             |                      | kg ( SD)<br>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<br>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 ]                                                                                                                  |                           |                                            |                             |                         |                      |                          |               |                           |                             |         |  |  |
|                                         |         | 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<br>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 ]          |                             |         |  |  |
|                                         |         | 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 ]<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 ]      |                      |                          |               |                           |                             |         |  |  |
|                                         |         | 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 |

|                                         |             |                                                                                                                                     |  |                                            |                                    |             |                                                    |                   |               |                       |                             |                                                       |   |  |  |
|-----------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------|-------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------|---|--|--|
| 告示番号                                    |             | 23                                                                                                                                  |  | 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                                      |             | 31 腎明細胞肉腫                                                                                                                           |  |                                            |                                    |             |                                                    |                   | 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)<br>年 月 日                          |                                    | 体重<br>(測定日) |                                                    | kg ( SD)<br>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<br>状                                  | 全身          | 発熱：[ なし ・ あり ]<br>体重減少：[ なし ・ あり ]<br>リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]                                                                            |  |                                            |                                    |             | 疼痛：[ なし ・ あり ]<br>圧迫症状：[ なし ・ あり ]                 |                   |               |                       |                             | 易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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・<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<br>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 ]<br>認知機能障害：[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |                                    |             | 抑鬱：[ なし ・ あり ]<br>てんかん：[ なし ・ あり ]                 |                   |               |                       |                             | 末梢神経障害：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：眼症状：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：肝機能障害：[ 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 |

|                                                                                   |         |                                                                                                                                     |                                            |                                            |                             |                         |                      |                          |               |                           |                             |     |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------|---------------|---------------------------|-----------------------------|-----|--|--|
| 告示番号                                                                              |         | 22                                                                                                                                  |                                            | 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                                                                                |         | 32 腎細胞癌                                                                                                                             |                                            |                                            |                             |                         |                      |                          | 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 ( )<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)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日)             |                      | kg ( SD)<br>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<br>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 ]                                                                                                                  |                                            |                                            |                             |                         |                      |                          |               |                           |                             |     |  |  |
|                                                                                   |         | 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<br>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 ]<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：( )<br>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 )                                                                                                    |                                            |                                            |                             |                         |                      |                          |               |                           |                             |     |  |  |





|                                         |         |                                                                                                                                     |                                            |                                            |                             |                         |                      |                          |               |                           |                             |     |  |  |
|-----------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------|---------------|---------------------------|-----------------------------|-----|--|--|
| 告示番号                                    |         | 9                                                                                                                                   |                                            | 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                                      |         | 33 肝芽腫                                                                                                                              |                                            |                                            |                             |                         |                      |                          | 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)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日)             |                      | kg ( SD)<br>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<br>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 ]                                                                                                                  |                                            |                                            |                             |                         |                      |                          |               |                           |                             |     |  |  |
|                                         |         | 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<br>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 ]<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 ]      |                      |                          |               |                           |                             |     |  |  |
|                                         |         | 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 )                                                                                                    |                                            |                                            |                             |                         |                      |                          |               |                           |                             |     |  |  |





|                                         |         |                                                                                                                                     |                                            |                                            |                             |                         |                      |                          |               |                           |                             |         |   |  |
|-----------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------|---------------|---------------------------|-----------------------------|---------|---|--|
| 告示番号                                    |         | 10                                                                                                                                  |                                            | 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                                      |         | 34 肝細胞癌                                                                                                                             |                                            |                                            |                             |                         |                      |                          | 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 ( )<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)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日)             |                      | kg ( SD)<br>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 ]                                                                                                                      |                                            |                                            |                             | 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 ]                                                                                                                  |                                            |                                            |                             |                         |                      |                          |               |                           |                             |         |   |  |
|                                         |         | 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 ]<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 ]                        |         |                                                                                                                                     |                                            |                                            |                             |                         |                      |                          |               |                           |                             |         |   |  |
|                                         |         | 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 )           |                      |                          |               |                           |                             |         |   |  |





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 ]

保險情報

保險者番号 ( ) 被保險者記号 ( )  
 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

|                                         |  |                                                                 |  |                                                                                                                                     |  |                                    |  |                      |  |                           |  |                             |  |                     |  |   |  |
|-----------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|----------------------|--|---------------------------|--|-----------------------------|--|---------------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |  | 15                                                              |  | 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                                      |  | 35 骨肉腫                                                          |  |                                                                                                                                     |  |                                    |  |                      |  | 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・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 ]<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 )                                |  |                                                                                                                                     |  |                                    |  |                      |  |                           |  |                             |  |                     |  |   |  |





|                                         |         |                                                                                                                                     |                                            |                                            |  |                             |                   |                          |  |                           |                      |                             |  |     |  |  |
|-----------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--|-----------------------------|-------------------|--------------------------|--|---------------------------|----------------------|-----------------------------|--|-----|--|--|
| 告示番号                                    |         | 14                                                                                                                                  |                                            | 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                                      |         | 36 骨軟骨腫症                                                                                                                            |                                            |                                            |  |                             |                   |                          |  | 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 ( )<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<br>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 ]                                                                                                                  |                                            |                                            |  |                             |                   |                          |  |                           |                      |                             |  |     |  |  |
|                                         |         | 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<br>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 ]<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 ]          |                   |                          |  |                           |                      |                             |  |     |  |  |
|                                         |         | 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   | 記載年月日          | 年 | 月 | 日 |
| 医療機関所在地 | 診断年月日          | 年 | 月 | 日 |
| 電話番号    | 診療科            |   |   |   |
|         | 医師名            |   |   |   |
|         | 小児慢性特定疾病 指定医番号 | ( |   | ) |

医療機関所在地 診断年月日 年 月 日

電話番号

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 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 |



|                                         |    |                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------|-----------------------------|----------|----------------------|----------|---------------|-----------------------|-----------------------------|---------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 告示番号                                    |    | 32                                                                                                                                                                                                                                                                        |          | 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                                      |    | 37 軟骨肉腫                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                                            |                             |          |                      |          | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ]<br>二次がん：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )<br>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

11

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

|                                         |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                     |  |                                            |                             |                    |                                    |                   |               |                       |                             |                                             |  |  |  |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|------------------------------------|-------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|--|--|--|
| 告示番号                                    |                                                                                                                                                                                  | 31                                                                                                                                  |  | 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                                      |                                                                                                                                                                                  | 38 軟骨芽細胞腫                                                                                                                           |  |                                            |                             |                    |                                    |                   | 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 ( )<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)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日)        |                                    | kg ( SD)<br>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<br>状                                  | 全身                                                                                                                                                                               | 発熱：[ なし ・ あり ]<br>体重減少：[ なし ・ あり ]<br>リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]                                                                            |  |                                            |                             |                    | 疼痛：[ なし ・ あり ]<br>圧迫症状：[ なし ・ あり ] |                   |               |                       |                             | 易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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・<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<br>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 ]<br>認知機能障害：[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |                             |                    | 抑鬱：[ なし ・ あり ]<br>てんかん：[ なし ・ あり ] |                   |               |                       |                             | 末梢神経障害：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ] |                                    |                   |               |                       |                             |                                             |  |  |  |
|                                         | 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

11

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

|                                         |    |                                                                 |  |                                                                                                                                     |                             |             |                          |                         |               |                           |                             |     |  |  |  |
|-----------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------|--------------------------|-------------------------|---------------|---------------------------|-----------------------------|-----|--|--|--|
| 告示番号                                    |    | 3                                                               |  | 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                                      |    | 39 悪性骨巨細胞腫                                                      |  |                                                                                                                                     |                             |             |                          |                         | 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 ( )<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)<br>年 月 日                                                                                                                   |                             | 体重<br>(測定日) |                          | kg ( SD)<br>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<br>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<br>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 ]<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：( )              |    |                                                                 |  |                                                                                                                                     |                             |             |                          |                         |               |                           |                             |     |  |  |  |
| その他                                     |    | 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 )                                |  |                                                                                                                                     |                             |             |                          |                         |               |                           |                             |     |  |  |  |





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

5

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

|                                         |    |                                                                 |  |                                                                                                                                     |  |                             |  |                          |  |                         |  |                             |  |               |  |  |
|-----------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|--------------------------|--|-------------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|--|
| 告示番号                                    |    | 41                                                              |  | 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                                      |    | 40 ユーイング (Ewing) 肉腫                                             |  |                                                                                                                                     |  |                             |  |                          |  | 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<br>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<br>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 ]<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 ]                        |    |                                                                 |  |                                                                                                                                     |  |                             |  |                          |  |                         |  |                             |  |               |  |  |
|                                         |    | 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

|                                        |                                                                                                                                                                                  |                                                                 |  |                                                                                                                                   |  |                             |  |                      |  |                        |  |                             |  |       |  |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|------------------------|--|-----------------------------|--|-------|--|
| 告示番号                                   |                                                                                                                                                                                  | 36                                                              |  | 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                                     |                                                                                                                                                                                  | 41 未分化神経外胚葉性腫瘍（末梢性のものに限る。）                                      |  |                                                                                                                                   |  |                             |  |                      |  | 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<br>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<br>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 ]      |  |                             |  |       |  |
|                                        |                                                                                                                                                                                  | 腎・泌尿器                                                           |  | 腎機能低下：[ なし ・ あり ]                                                                                                                 |  |                             |  |                      |  | 甲状腺機能低下：[ 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 ]      |  |                             |  |       |  |
|                                        |                                                                                                                                                                                  | 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 ]         |  |                             |  |       |  |
|                                        |                                                                                                                                                                                  |                                                                 |  | 認知機能障害：[ 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 ]<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 ]<br>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 ]<br>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 ]                                                                                                                                              |                                                                 |  |                                                                                                                                   |  |                             |  |                      |  |                        |  |                             |  |       |  |
|                                        | 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 )                                |  |                                                                                                                                   |  |                             |  |                      |  |                        |  |                             |  |       |  |





|                                         |    |                                                                 |  |                                                                                                                                     |  |                             |  |                          |  |                         |  |                             |  |               |  |  |
|-----------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|--------------------------|--|-------------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|--|
| 告示番号                                    |    | 6                                                               |  | 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                                      |    | 42 横紋筋肉腫                                                        |  |                                                                                                                                     |  |                             |  |                          |  | 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・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 ]<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 ]                        |    |                                                                 |  |                                                                                                                                     |  |                             |  |                          |  |                         |  |                             |  |               |  |  |
|                                         |    | 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 )               |  |                          |  |                         |  |                             |  |               |  |  |





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

11

診断年月日

年

月

11

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

目

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

|                                         |    |                                                                 |  |                                                                                                                                     |  |                             |  |                          |  |                         |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|--------------------------|--|-------------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |    | 4                                                               |  | 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                                      |    | 43 悪性ラブドイド腫瘍                                                    |  |                                                                                                                                     |  |                             |  |                          |  | 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<br>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<br>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 ]<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 ]                        |    |                                                                 |  |                                                                                                                                     |  |                             |  |                          |  |                         |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |    | 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 )                                |  |                                                                                                                                     |  |                             |  |                          |  |                         |  |                             |  |               |  |   |  |



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

|                                         |    |                                                                 |  |                                                                                                                                     |        |                             |     |                          |      |                         |  |                             |  |         |  |
|-----------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------|-----|--------------------------|------|-------------------------|--|-----------------------------|--|---------|--|
| 告示番号                                    |    | 37                                                              |  | 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                                      |    | 44 未分化肉腫                                                        |  |                                                                                                                                     |        |                             |     |                          |      | 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・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 ]<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 ]                        |    |                                                                 |  |                                                                                                                                     |        |                             |     |                          |      |                         |  |                             |  |         |  |
|                                         |    | 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 )                                |  |                                                                                                                                     |        |                             |     |                          |      |                         |  |                             |  |         |  |



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

11

診断年月日

年

月

11

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



|                                         |         |                                                                 |                                                                                                                                     |                                            |                             |             |                                                    |                   |               |                       |                                                       |     |  |
|-----------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|-------------|----------------------------------------------------|-------------------|---------------|-----------------------|-------------------------------------------------------|-----|--|
| 告示番号                                    |         | 26                                                              |                                                                                                                                     | 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                                      |         | 45 線維形成性小円形細胞腫瘍                                                 |                                                                                                                                     |                                            |                             |             |                                                    |                   | 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)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日) |                                                    | kg ( SD)<br>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<br>状                                  | 全身      |                                                                 | 発熱：[ なし ・ あり ]<br>体重減少：[ なし ・ あり ]<br>リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]                                                                            |                                            |                             |             | 疼痛：[ なし ・ あり ]<br>圧迫症状：[ なし ・ あり ]                 |                   |               |                       | 易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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<br>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 ]<br>認知機能障害：[ なし ・ あり ]                                                                                              |                                            |                             |             | 抑鬱：[ なし ・ あり ]<br>てんかん：[ なし ・ あり ]                 |                   |               |                       | 末梢神経障害：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：眼症状：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：肝機能障害：[ 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 ]                         |                             |             |                                                    |                   |               |                       |                                                       |     |  |
| 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

11

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

|                                         |    |                                                                 |  |                                                                                                                                     |  |                      |  |                         |  |                         |  |                             |  |  |  |
|-----------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|--|-------------------------|--|-------------------------|--|-----------------------------|--|--|--|
| 告示番号                                    |    | 27                                                              |  | 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                                      |    | 46 線維肉腫                                                         |  |                                                                                                                                     |  |                      |  |                         |  | 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)<br>年 月 日                                                                                                                   |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>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<br>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<br>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 ]<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 ]   |  |                         |  |                         |  |                             |  |  |  |
|                                         |    | 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

11

診断年月日

年

月

11

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 ( )

被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )

資格取得年月日 年 月 日

|                                         |    |                                                                 |  |                                                                                                                                     |                             |                      |                      |                          |  |                         |  |                             |   |  |  |
|-----------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|--|-------------------------|--|-----------------------------|---|--|--|
| 告示番号                                    |    | 8                                                               |  | 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                                      |    | 47 滑膜肉腫                                                         |  |                                                                                                                                     |                             |                      |                      |                          |  | 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)<br>年 月 日                                                                                                                   |                             | 体重<br>(測定日)          |                      | kg ( SD)<br>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<br>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<br>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 ]        |  |                         |  |                             |   |  |  |
|                                         |    | 腎・泌尿器                                                           |  | 腎機能低下：[ なし ・ あり ]                                                                                                                   |                             |                      |                      | 甲状腺機能低下：[ 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 ]        |  |                         |  |                             |   |  |  |
|                                         |    | 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 ]   |                      |                          |  |                         |  |                             |   |  |  |
|                                         |    | 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

8

診断年月日

年

月

11

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

|                                        |    |                                                                 |  |                                                                                                                                   |                             |             |                          |                        |               |                           |                             |         |  |  |  |
|----------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------|--------------------------|------------------------|---------------|---------------------------|-----------------------------|---------|--|--|--|
| 告示番号                                   |    | 39                                                              |  | 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                                     |    | 48 明細胞肉腫（腎明細胞肉腫を除く。）                                            |  |                                                                                                                                   |                             |             |                          |                        | 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)<br>年 月 日                                                                                                                 |                             | 体重<br>(測定日) |                          | kg ( SD)<br>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<br>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<br>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 ]<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 ]                       |    |                                                                 |  |                                                                                                                                   |                             |             |                          |                        |               |                           |                             |         |  |  |  |
|                                        |    | 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 )                                |  |                                                                                                                                   |                             |             |                          |                        |               |                           |                             |         |  |  |  |



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

11

診断年月日

年

月

11

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

|                                         |    |                                                                 |  |                                                                                                                                     |        |                             |     |                          |      |                         |  |                             |  |         |  |
|-----------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------|-----|--------------------------|------|-------------------------|--|-----------------------------|--|---------|--|
| 告示番号                                    |    | 35                                                              |  | 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                                      |    | 49 胞巣状軟部肉腫                                                      |  |                                                                                                                                     |        |                             |     |                          |      | 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・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 ]<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 ]                        |    |                                                                 |  |                                                                                                                                     |        |                             |     |                          |      |                         |  |                             |  |         |  |
|                                         |    | 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

|                                         |    |                                                                 |  |                                                                                                                                     |                             |                      |                      |                          |          |                         |                             |                           |  |  |  |
|-----------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|--|--|--|
| 告示番号                                    |    | 34                                                              |  | 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                                      |    | 50 平滑筋肉腫                                                        |  |                                                                                                                                     |                             |                      |                      |                          | 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)<br>年 月 日                                                                                                                   |                             | 体重<br>(測定日)          |                      | kg ( SD)<br>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<br>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<br>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 ]<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 ]                        |    |                                                                 |  |                                                                                                                                     |                             |                      |                      |                          |          |                         |                             |                           |  |  |  |
|                                         |    | 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 )        |                      |                          |          |                         |                             |                           |  |  |  |





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

11

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

|                                         |             |                                                                                                                                     |  |                                            |                             |                                                    |                      |                   |          |                                                       |                             |         |   |
|-----------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|----------------------|-------------------|----------|-------------------------------------------------------|-----------------------------|---------|---|
| 告示番号                                    |             | 17                                                                                                                                  |  | 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                                      |             | 51 脂肪肉腫                                                                                                                             |  |                                            |                             |                                                    |                      |                   | 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)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日)                                        |                      | kg ( SD)<br>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<br>状                                  | 全身          | 発熱：[ なし ・ あり ]<br>体重減少：[ なし ・ あり ]<br>リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]                                                                            |  |                                            |                             | 疼痛：[ なし ・ あり ]<br>圧迫症状：[ なし ・ あり ]                 |                      |                   |          | 易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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・<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<br>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 ]<br>認知機能障害：[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |                             | 抑鬱：[ なし ・ あり ]<br>てんかん：[ なし ・ あり ]                 |                      |                   |          | 末梢神経障害：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：眼症状：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：肝機能障害：[ 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 )                                                                                                    |  |                                            |                             |                                                    |                      |                   |          |                                                       |                             |         |   |



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

|                                         |             |                                                                                                                                     |  |                                            |                                    |             |                                                    |                   |               |                       |                             |                                                       |   |  |  |
|-----------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------|-------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------|---|--|--|
| 告示番号                                    |             | 38                                                                                                                                  |  | 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                                      |             | 52 未分化胚細胞腫                                                                                                                          |  |                                            |                                    |             |                                                    |                   | 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 ( )<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)<br>年 月 日                          |                                    | 体重<br>(測定日) |                                                    | kg ( SD)<br>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<br>状                                  | 全身          | 発熱：[ なし ・ あり ]<br>体重減少：[ なし ・ あり ]<br>リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]                                                                            |  |                                            |                                    |             | 疼痛：[ なし ・ あり ]<br>圧迫症状：[ なし ・ あり ]                 |                   |               |                       |                             | 易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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・<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<br>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 ]<br>認知機能障害：[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |                                    |             | 抑鬱：[ なし ・ あり ]<br>てんかん：[ なし ・ あり ]                 |                   |               |                       |                             | 末梢神経障害：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：眼症状：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：肝機能障害：[ 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 )                                                                                                    |  |                                            |                                    |             |                                                    |                   |               |                       |                             |                                                       |   |  |  |



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



|                                         |             |                                                                                                                                     |  |                                            |                             |                                                    |                      |                   |          |                                                       |                             |     |  |
|-----------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|----------------------|-------------------|----------|-------------------------------------------------------|-----------------------------|-----|--|
| 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 ( )<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)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日)                                        |                      | kg ( SD)<br>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<br>状                                  | 全身          | 発熱：[ なし ・ あり ]<br>体重減少：[ なし ・ あり ]<br>リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]                                                                            |  |                                            |                             | 疼痛：[ なし ・ あり ]<br>圧迫症状：[ なし ・ あり ]                 |                      |                   |          | 易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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・<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<br>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 ]<br>認知機能障害：[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |                             | 抑鬱：[ なし ・ あり ]<br>てんかん：[ なし ・ あり ]                 |                      |                   |          | 末梢神経障害：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：眼症状：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：肝機能障害：[ 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

11

診断年月日

年

月

11

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

|                                         |         |                                                                                                                                     |                           |                                            |                             |                         |                      |                      |                      |                           |                     |                             |  |  |
|-----------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|---------------------|-----------------------------|--|--|
| 告示番号                                    |         | 30                                                                                                                                  |                           | 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                                      |         | 54 多胎芽腫                                                                                                                             |                           |                                            |                             |                         |                      |                      |                      | 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)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日)             |                      | kg ( SD)<br>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<br>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<br>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 ]<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 ]                        |         |                                                                                                                                     |                           |                                            |                             |                         |                      |                      |                      |                           |                     |                             |  |  |
|                                         |         | 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

|                                         |             |                                                                                                                                     |  |                                            |                             |                                                    |                      |                   |          |                                                       |                             |     |  |
|-----------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|----------------------|-------------------|----------|-------------------------------------------------------|-----------------------------|-----|--|
| 告示番号                                    |             | 42                                                                                                                                  |  | 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                                      |             | 55 卵黄嚢腫 (卵黄嚢腫瘍)                                                                                                                     |  |                                            |                             |                                                    |                      |                   | 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)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日)                                        |                      | kg ( SD)<br>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<br>状                                  | 全身          | 発熱：[ なし ・ あり ]<br>体重減少：[ なし ・ あり ]<br>リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]                                                                            |  |                                            |                             | 疼痛：[ なし ・ あり ]<br>圧迫症状：[ なし ・ あり ]                 |                      |                   |          | 易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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・<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<br>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 ]<br>認知機能障害：[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |                             | 抑鬱：[ なし ・ あり ]<br>てんかん：[ なし ・ あり ]                 |                      |                   |          | 末梢神経障害：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：眼症状：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：肝機能障害：[ 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 )                                                                                                    |  |                                            |                             |                                                    |                      |                   |          |                                                       |                             |     |  |





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

|                                         |             |                                                                                                                                     |  |                                            |                                    |             |                                                    |                   |               |                       |                             |                                                       |  |  |  |
|-----------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------|-------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------|--|--|--|
| 告示番号                                    |             | 18                                                                                                                                  |  | 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                                      |             | 56 絨毛癌                                                                                                                              |  |                                            |                                    |             |                                                    |                   | 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 ( )<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)<br>年 月 日                          |                                    | 体重<br>(測定日) |                                                    | kg ( SD)<br>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 ]<br>体重減少：[ なし ・ あり ]<br>リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]                                                                            |  |                                            |                                    |             | 疼痛：[ なし ・ あり ]<br>圧迫症状：[ なし ・ あり ]                 |                   |               |                       |                             | 易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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・<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 ]<br>認知機能障害：[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |                                    |             | 抑鬱：[ なし ・ あり ]<br>てんかん：[ なし ・ あり ]                 |                   |               |                       |                             | 末梢神経障害：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：眼症状：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：肝機能障害：[ 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 )                                                                                                    |  |                                            |                                    |             |                                                    |                   |               |                       |                             |                                                       |  |  |  |



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

|                                         |             |                                                                                                                                     |  |                                            |                             |                                                    |                      |                   |          |                                                       |                             |         |   |
|-----------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|----------------------|-------------------|----------|-------------------------------------------------------|-----------------------------|---------|---|
| 告示番号                                    |             | 16                                                                                                                                  |  | 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                                      |             | 57 混合性胚細胞腫瘍                                                                                                                         |  |                                            |                             |                                                    |                      |                   | 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)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日)                                        |                      | kg ( SD)<br>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<br>状                                  | 全身          | 発熱：[ なし ・ あり ]<br>体重減少：[ なし ・ あり ]<br>リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]                                                                            |  |                                            |                             | 疼痛：[ なし ・ あり ]<br>圧迫症状：[ なし ・ あり ]                 |                      |                   |          | 易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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・<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<br>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 ]<br>認知機能障害：[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |                             | 抑鬱：[ なし ・ あり ]<br>てんかん：[ なし ・ あり ]                 |                      |                   |          | 末梢神経障害：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：眼症状：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：肝機能障害：[ 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

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

|                                         |         |                                                                                                                                     |                           |                                            |  |                         |                   |                      |  |                           |                      |                             |  |  |  |
|-----------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------|--|-------------------------|-------------------|----------------------|--|---------------------------|----------------------|-----------------------------|--|--|--|
| 告示番号                                    |         | 25                                                                                                                                  |                           | 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                                      |         | 58 性索間質性腫瘍                                                                                                                          |                           |                                            |  |                         |                   |                      |  | 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)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)             |                   | kg ( SD)<br>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 ]                                                                                                                      |                           |                                            |  | 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 ]<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 ]      |                   |                      |  |                           |                      |                             |  |  |  |
|                                         |         | 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

目

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

|                                         |  |                                                                 |  |                                                                                                                                     |                             |                    |     |                          |      |                       |               |                             |  |       |  |
|-----------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|-----|--------------------------|------|-----------------------|---------------|-----------------------------|--|-------|--|
| 告示番号                                    |  | 33                                                              |  | 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                                      |  | 59 副腎皮質癌                                                        |  |                                                                                                                                     |                             |                    |     |                          |      | 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 ( )<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・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 ]<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 ] |     |                          |      |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         |  | 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

|                                         |             |                                                                                                                                     |  |                                            |  |                             |  |                                                    |  |                       |  |                                                       |  |                                             |  |   |  |
|-----------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------------------------------------|--|-----------------------|--|-------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |             | 13                                                                                                                                  |  | 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                                      |             | 60 甲状腺癌                                                                                                                             |  |                                            |  |                             |  |                                                    |  | 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 ( )<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<br>状                                  | 全身          | 発熱：[ なし ・ あり ]<br>体重減少：[ なし ・ あり ]<br>リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]                                                                            |  |                                            |  |                             |  | 疼痛：[ なし ・ あり ]<br>圧迫症状：[ なし ・ あり ]                 |  |                       |  |                                                       |  | 易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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・<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<br>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 ]<br>認知機能障害：[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |  |                             |  | 抑鬱：[ なし ・ あり ]<br>てんかん：[ なし ・ あり ]                 |  |                       |  | 末梢神経障害：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：眼症状：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：肝機能障害：[ 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 ]          |  |                                                    |  |                       |  | 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



|                                         |  |                                                                 |  |                                                                                                                                     |  |                             |  |                          |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|--------------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 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 ( )<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・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 ]<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 ]          |  |                          |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 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

8

診断年月日

年

月

11

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

|                                         |             |                                                                                                                                     |  |                                            |                             |                                                    |  |                      |  |                                                       |               |                             |  |
|-----------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|--|----------------------|--|-------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------|--|
| 告示番号                                    |             | 29                                                                                                                                  |  | 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                                      |             | 62 唾液腺癌                                                                                                                             |  |                                            |                             |                                                    |  |                      |  | 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 ( )<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)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日)                                        |  | kg ( SD)<br>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<br>状                                  | 全身          | 発熱：[ なし ・ あり ]<br>体重減少：[ なし ・ あり ]<br>リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]                                                                            |  |                                            |                             | 疼痛：[ なし ・ あり ]<br>圧迫症状：[ なし ・ あり ]                 |  |                      |  | 易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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・<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<br>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 ]<br>認知機能障害：[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |                             | 抑鬱：[ なし ・ あり ]<br>てんかん：[ なし ・ あり ]                 |  |                      |  | 末梢神経障害：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：眼症状：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：肝機能障害：[ 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

11

診断年月日

年

月

11

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

|                                         |             |                                                                                                                                     |  |                                            |                             |                                                    |                      |                   |          |                                                       |                             |         |   |
|-----------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|----------------------|-------------------|----------|-------------------------------------------------------|-----------------------------|---------|---|
| 告示番号                                    |             | 2                                                                                                                                   |  | 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                                      |             | 63 悪性黒色腫                                                                                                                            |  |                                            |                             |                                                    |                      |                   | 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)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日)                                        |                      | kg ( SD)<br>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<br>状                                  | 全身          | 発熱：[ なし ・ あり ]<br>体重減少：[ なし ・ あり ]<br>リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]                                                                            |  |                                            |                             | 疼痛：[ なし ・ あり ]<br>圧迫症状：[ なし ・ あり ]                 |                      |                   |          | 易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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・<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<br>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 ]<br>認知機能障害：[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |                             | 抑鬱：[ なし ・ あり ]<br>てんかん：[ なし ・ あり ]                 |                      |                   |          | 末梢神経障害：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：眼症状：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：肝機能障害：[ 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

8

診断年月日

年

月

11

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

|                                         |  |                                                                 |  |                                                                                                                                     |  |                             |  |                          |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|--------------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |  | 7                                                               |  | 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                                      |  | 64 褐色細胞腫                                                        |  |                                                                                                                                     |  |                             |  |                          |  | 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 ( )<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 ]          |  |                          |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 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

8

診断年月日

年

月

11

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

|                                         |  |                                                                               |  |                                                                                                                                     |  |                                                    |  |                                    |  |                                                       |  |                                             |  |  |  |
|-----------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|--|--|
| 告示番号                                    |  | 1                                                                             |  | 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                                      |  | 65 悪性胸腺腫                                                                      |  |                                                                                                                                     |  |                                                    |  |                                    |  | 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)<br>年 月 日                                                                                                                   |  | 体重<br>(測定日)                                        |  | kg ( SD)<br>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 ]<br>体重減少：[ なし ・ あり ]<br>リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]                                                                            |  |                                                    |  | 疼痛：[ なし ・ あり ]<br>圧迫症状：[ なし ・ あり ] |  |                                                       |  | 易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>認知機能障害：[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                                    |  | 抑鬱：[ なし ・ あり ]<br>てんかん：[ なし ・ あり ] |  |                                                       |  | 末梢神経障害：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：眼症状：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：肝機能障害：[ 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 )                                              |  |                                                                                                                                     |  |                                                    |  |                                    |  |                                                       |  |                                             |  |  |  |



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

|                                         |             |                                                                                                                                     |  |                                            |                             |                                    |     |                                                                                   |      |                       |               |                                                       |  |       |  |
|-----------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------|---------------|-------------------------------------------------------|--|-------|--|
| 告示番号                                    |             | 12                                                                                                                                  |  | 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                                      |             | 66 胸膜肺芽腫                                                                                                                            |  |                                            |                             |                                    |     |                                                                                   |      | 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 ]<br>体重減少：[ なし ・ あり ]<br>リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]                                                                            |  |                                            |                             |                                    |     | 疼痛：[ なし ・ あり ]<br>圧迫症状：[ なし ・ あり ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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・<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 ]<br>認知機能障害：[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |                             |                                    |     | 抑鬱：[ なし ・ あり ]<br>てんかん：[ なし ・ あり ]                                                |      |                       |               | 末梢神経障害：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：眼症状：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：肝機能障害：[ 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 )                                                                                                    |  |                                            |                             |                                    |     |                                                                                   |      |                       |               |                                                       |  |       |  |





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

|                                         |             |                                                                                                                                     |  |                                            |                             |                                                    |                      |                   |          |                                                       |                             |         |  |
|-----------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|----------------------|-------------------|----------|-------------------------------------------------------|-----------------------------|---------|--|
| 告示番号                                    |             | 11                                                                                                                                  |  | 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                                      |             | 67 気管支腫瘍                                                                                                                            |  |                                            |                             |                                                    |                      |                   | 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)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日)                                        |                      | kg ( SD)<br>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 ]<br>体重減少：[ なし ・ あり ]<br>リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]                                                                            |  |                                            |                             | 疼痛：[ なし ・ あり ]<br>圧迫症状：[ なし ・ あり ]                 |                      |                   |          | 易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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・<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 ]<br>認知機能障害：[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |                             | 抑鬱：[ なし ・ あり ]<br>てんかん：[ なし ・ あり ]                 |                      |                   |          | 末梢神経障害：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：眼症状：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：肝機能障害：[ 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 )                                                                                                    |  |                                            |                             |                                                    |                      |                   |          |                                                       |                             |         |  |



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

|                                         |             |                                                                                                                                     |  |                                            |                             |                                                    |                      |                   |          |                                                       |                             |         |  |
|-----------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|----------------------|-------------------|----------|-------------------------------------------------------|-----------------------------|---------|--|
| 告示番号                                    |             | 24                                                                                                                                  |  | 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                                      |             | 68 腭芽腫                                                                                                                              |  |                                            |                             |                                                    |                      |                   | 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)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日)                                        |                      | kg ( SD)<br>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 ]<br>体重減少：[ なし ・ あり ]<br>リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]                                                                            |  |                                            |                             | 疼痛：[ なし ・ あり ]<br>圧迫症状：[ なし ・ あり ]                 |                      |                   |          | 易出血性：[ なし ・ あり ]<br>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・<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 ]<br>認知機能障害：[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |                             | 抑鬱：[ なし ・ あり ]<br>てんかん：[ なし ・ あり ]                 |                      |                   |          | 末梢神経障害：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：眼症状：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：肝機能障害：[ 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

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



|                                        |  |                                                                           |  |                                                                                                                                   |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |
|----------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---|--|
| 告示番号                                   |  | 43                                                                        |  | 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                                     |  | 69 27から68までに掲げるもののほか、固形腫瘍(中枢神経系腫瘍を除く。)                                    |  |                                                                                                                                   |  |                      |  |                      |  | 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)<br>年 月 日                                                                                                                 |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>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<br>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(腫瘤形成):[ 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<br>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 ]<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 )                                          |  |                                                                                                                                   |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |



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 ( )

被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )

資格取得年月日 年 月 日

|                                                           |         |                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 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 ( )<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 )                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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 ] 癲癇 : [ なし ・ あり ] 意識障害 : [ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<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                                                      |         | α-フェトプロテイン (AFP) : ( )ng/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 )<br>hCG-βサブユニット : ( )ng/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>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

5

診断年月日

年

月

11

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

|                                         |                    |                                                                                                                                                         |  |                                            |                      |                             |  |                   |  |                               |  |                             |   |
|-----------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|--|-------------------|--|-------------------------------|--|-----------------------------|---|
| 告示番号                                    |                    | 64                                                                                                                                                      |  | 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                                      |                    | 71 びまん性星細胞腫                                                                                                                                             |  |                                            |                      |                             |  |                   |  | 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 ( )<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)<br>年 月 日                          |                      | 体重<br>(測定日)                 |  | kg ( SD)<br>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 )                                                                                                                                               |  |                                            |                      |                             |  |                   |  |                               |  |                             |   |
| 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 ]<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 ] |                             |  |                   |  |                               |  |                             |   |
|                                         | 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 )<br>hCG-βサブユニット : ( )ng/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( )                                                                                                 |  |                                            |                      |                             |  |                   |  |                               |  |                             |   |





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

5

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

|                                         |                |                                                                                                                                         |  |                                            |  |                             |  |                   |  |                               |  |                             |   |
|-----------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|-------------------|--|-------------------------------|--|-----------------------------|---|
| 告示番号                                    |                | 63                                                                                                                                      |  | 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                                      |                | 72 退形成性星細胞腫                                                                                                                             |  |                                            |  |                             |  |                   |  | 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 ( )<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)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)                 |  | kg ( SD)<br>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 )                                                                                                                               |  |                                            |  |                             |  |                   |  |                               |  |                             |   |
| 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 ]<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 ]                       |  |                             |  |                   |  |                               |  |                             |   |
| 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 : ( )                                                                                                                                |  |                                            |  |                             |  |                   |  |                               |  |                             |   |



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

11

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

|                                                                                             |         |                                                                                                                                         |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|--|
| 告示番号                                                                                        |         | 52                                                                                                                                      |  | 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                                                                                          |         | 73 膠芽腫                                                                                                                                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 )                                                                                                                               |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
| 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 ]                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
| その他                                                                                         |         | 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 ]<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 : ( )<br>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                                                                                        |         | 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 )<br>所見 : ( )                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |



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

|                                                                                             |                |                                                                                                                                         |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                                                                        |                | 53                                                                                                                                      |  | 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                                                                                          |                | 74 上衣腫                                                                                                                                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 )                                                                                                                               |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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 ]<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 : ( )<br>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                                                                                        |                | 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 )<br>所見 : ( )                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |





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

|                                                                                             |                |                                                                                                                                         |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                                                                        |                | 65                                                                                                                                      |  | 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                                                                                          |                | 75 乏突起神経膠腫 (乏突起膠腫)                                                                                                                      |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 )                                                                                                                               |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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 ]<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 : ( )<br>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                                                                                        |                | 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 )<br>所見 : ( )                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |



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

|                                                                                             |                |                                                                                                                                         |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                                                                        |                | 58                                                                                                                                      |  | 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                                                                                          |                | 76 髄芽腫                                                                                                                                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 )                                                                                                                               |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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 ]<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 : ( )<br>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                                                                                        |                | 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

11

診断年月日

年

月

11

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

目

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



|                                                                                        |               |                                                                                                                                       |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                                                                   |               | 60                                                                                                                                    |  | 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                                                                                     |               | 77 頭蓋咽頭腫                                                                                                                              |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 )                                                                                                                             |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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 ]<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: ( )<br>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                                                                                   |               | 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: ( )                                                                                                                               |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |



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

|                                         |         |                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |         | 54                                                                                                                                                                                                                 |  | 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                                      |         | 78 松果体腫                                                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 )                                                                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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 ]                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| その他                                     |         | 眼球運動障害 : [ なし ・ あり ] 視神経乳頭浮腫 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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 ]<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 : ( )          |         |                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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 )<br>hCG-βサブユニット : ( )ng/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 )<br>絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ( )mIU/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 )<br>腫瘍マーカー (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( ) |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |



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

|                                                           |         |                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                   |  |          |  |                             |  |     |  |
|-----------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|-------------------|--|----------|--|-----------------------------|--|-----|--|
| 告示番号                                                      |         | 67                                                                                                                                                                                                           |  | 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                                                        |         | 79 脈絡叢乳頭腫                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                   |  | 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 ( )                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |                   |  |          |  |                             |  |     |  |
| 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)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>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 )                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                   |  |          |  |                             |  |     |  |
| 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<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                                                      |         | α-フェトプロテイン (AFP) : ( )ng/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 )<br>hCG- βサブユニット : ( )ng/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>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                      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 |

|                                                        |         |                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
|--------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|--|
| 告示番号                                                   |         | 59                                                                                                                                                                                             |  | 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                                                     |         | 80 髄膜腫                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 )                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
| 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<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                                                   |         | α-フェトプロテイン (AFP): ( )ng/mL ・ 未実施 実施日: ( 年 月 日 )<br>hCG- βサブユニット: ( )ng/mL ・ 未実施 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見: ( )                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |



上記の通り診断します。

|         |                |   |   |   |
|---------|----------------|---|---|---|
| 医療機関名   | 記載年月日          | 年 | 月 | 日 |
| 医療機関所在地 | 診断年月日          | 年 | 月 | 日 |
| 電話番号    | 診療科            |   |   |   |
|         | 医師名            |   |   |   |
|         | 小児慢性特定疾病 指定医番号 | ( |   | ) |

医療機関所在地 診断年月日 年 月 日

電話番号

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 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 |

担当自治体

|     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 受理日 | 年 | 月 | 日 |
|-----|---|---|---|

公費負担者番号

認定結果

研究同意の有無 [ 有 ・ 無 ]

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

|                                                           |         |                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                                      |         | 50                                                                                                                                                                                                           |  | 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                                                        |         | 81 下垂体腺腫                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 )                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<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                                                      |         | α-フェトプロテイン (AFP) : ( )ng/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 )<br>hCG-βサブユニット : ( )ng/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>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                      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 |

|                                                           |         |                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
|-----------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|-------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|---|
| 告示番号                                                      |         | 56                                                                                                                                                                                                           |  | 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                                                        |         | 82 神経節膠腫                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                   |  | 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)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>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 )                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
| 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<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                                                      |         | α-フェトプロテイン (AFP) : ( )ng/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 )<br>hCG- βサブユニット : ( )ng/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>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                      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 |

|                                                           |         |                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
|-----------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|-------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|---|
| 告示番号                                                      |         | 57                                                                                                                                                                                                           |  | 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                                                        |         | 83 神経節腫（神経節細胞腫）                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                   |  | 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 ( )<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)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>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 )                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
| 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<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                                                      |         | α-フェトプロテイン (AFP) : ( )ng/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 )<br>hCG-βサブユニット : ( )ng/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( )                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |



上記の通り診断します。

|         |                |   |   |   |
|---------|----------------|---|---|---|
| 医療機関名   | 記載年月日          | 年 | 月 | 日 |
| 医療機関所在地 | 診断年月日          | 年 | 月 | 日 |
| 電話番号    | 診療科            |   |   |   |
|         | 医師名            |   |   |   |
|         | 小児慢性特定疾病 指定医番号 | ( |   | ) |

医療機関所在地 診断年月日 年 月 日

電話番号

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 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 |

|                                                           |         |                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|-----------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                                      |         | 62                                                                                                                                                                                                           |  | 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                                                        |         | 84 脊索腫                                                                                                                                                                                                       |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>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 )                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<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                                                      |         | α-フェトプロテイン (AFP) : ( )ng/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 )<br>hCG-βサブユニット : ( )ng/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( )                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |



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                      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

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

保險者番号 ( ) 被保險者記号 ( )  
 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



|                                         |         |                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                                                                                                |  |                   |  |                                                               |  |                             |   |
|-----------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|---|
| 告示番号                                    |         | 66                                                                                                                                                      |  | 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                                      |         | 85 未分化神経外胚葉性腫瘍 (中枢性のものに限る。)(中枢神経系原始神経外胚葉性腫瘍)                                                                                                            |  |                                            |  |                                                                                                |  |                   |  | 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)<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)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)                                                                                    |  | kg ( SD)<br>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 )                                                                                                                                               |  |                                            |  |                                                                                                |  |                   |  |                                                               |  |                             |   |
| 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 ]<br>脳神経麻痺 (顔面神経麻痺等) : [ なし ・ あり ]                                                                                                       |  |                                            |  | 痙攣 : [ なし ・ あり ]<br>四肢麻痺 : [ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>意識障害 : [ なし ・ あり ]<br>ふらつきまたは歩行異常 : [ なし ・ あり ] |  |                   |  |                                                               |  |                             |   |
|                                         | 眼       | 視野障害 : [ なし ・ あり ]<br>眼球運動障害 : [ なし ・ あり ]                                                                                                              |  |                                            |  | 弱視 : [ なし ・ あり ]<br>斜視 : [ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>認知機能障害 : [ なし ・ あり ]                                                                                                              |  |                                            |  | 抑鬱 : [ なし ・ あり ]<br>てんかん : [ なし ・ あり ]                                                         |  |                   |  | 末梢神経障害 : [ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>慢性GVH病 : 眼症状 : [ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病 : 肝機能障害 : [ 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 ]                       |  |                                                                                                |  |                   |  |                                                               |  |                             |   |
| 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 )<br>hCG-βサブユニット : ( )ng/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>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                      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 |

|                                         |         |                                                                                                                                         |  |                                            |  |                                                                                                |  |                   |  |                                            |  |                             |   |
|-----------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|---|
| 告示番号                                    |         | 49                                                                                                                                      |  | 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                                      |         | 86 異型奇形腫瘍／ラブドイド腫瘍 (非定型奇形腫様ラブドイド腫瘍)                                                                                                      |  |                                            |  |                                                                                                |  |                   |  | 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)<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)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)                                                                                    |  | kg ( SD)<br>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 )                                                                                                                               |  |                                            |  |                                                                                                |  |                   |  |                                            |  |                             |   |
| 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 ]<br>脳神経麻痺 (顔面神経麻痺等) : [ なし ・ あり ]                                                                                       |  |                                            |  | 痙攣 : [ なし ・ あり ]<br>四肢麻痺 : [ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>意識障害 : [ なし ・ あり ]<br>ふらつきまたは歩行異常 : [ なし ・ あり ] |  |                   |  |                                            |  |                             |   |
|                                         | 眼       | 視野障害 : [ なし ・ あり ]<br>眼球運動障害 : [ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |  | 弱視 : [ なし ・ あり ]<br>斜視 : [ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>認知機能障害 : [ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |  | 抑鬱 : [ なし ・ あり ]<br>てんかん : [ なし ・ あり ]                                                         |  |                   |  | 末梢神経障害 : [ なし ・ あり ]<br>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 ]                       |  |                                                                                                |  |                   |  |                                            |  |                             |   |
| 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   | 記載年月日          | 年 | 月 | 日 |
| 医療機関所在地 | 診断年月日          | 年 | 月 | 日 |
| 電話番号    | 診療科            |   |   |   |
|         | 医師名            |   |   |   |
|         | 小児慢性特定疾病 指定医番号 | ( |   | ) |

医療機関所在地 診断年月日 年 月 日

電話番号

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 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 |

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

|                                        |         |                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|----------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                   |         | 48                                                                                                                                                                                             |  | 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                                     |         | 87 悪性神経鞘腫（悪性末梢神経鞘腫瘍）                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 )                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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 )<br>hCG-βサブユニット : ( )ng/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>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                      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 |

|                                         |                                                                                      |                                                                 |  |                                            |  |                           |  |                            |  |                             |  |                             |   |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|---------------------------|--|----------------------------|--|-----------------------------|--|-----------------------------|---|
| 告示番号                                    |                                                                                      | 55                                                              |  | 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                                      |                                                                                      | 88 神経鞘腫                                                         |  |                                            |  |                           |  |                            |  | 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)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)               |  | kg ( SD)<br>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 )                                                       |  |                                            |  |                           |  |                            |  |                             |  |                             |   |
| 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 : ( )                                                        |  |                                            |  |                           |  |                            |  |                             |  |                             |   |





|                                        |         |                                                                                                                                         |  |                                            |  |                                                                                                |  |                   |  |                                            |  |                             |   |
|----------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|---|
| 告示番号                                   |         | 51                                                                                                                                      |  | 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                                     |         | 89 奇形腫（頭蓋内及び脊柱管内に限る。）                                                                                                                   |  |                                            |  |                                                                                                |  |                   |  | 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)<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)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)                                                                                    |  | kg ( SD)<br>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 )                                                                                                                               |  |                                            |  |                                                                                                |  |                   |  |                                            |  |                             |   |
| 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 ]<br>脳神経麻痺 (顔面神経麻痺等) : [ なし ・ あり ]                                                                                       |  |                                            |  | 痙攣 : [ なし ・ あり ]<br>四肢麻痺 : [ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>意識障害 : [ なし ・ あり ]<br>ふらつきまたは歩行異常 : [ なし ・ あり ] |  |                   |  |                                            |  |                             |   |
|                                        | 眼       | 視野障害 : [ なし ・ あり ]<br>眼球運動障害 : [ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |  | 弱視 : [ なし ・ あり ]<br>視神経乳頭浮腫 : [ なし ・ あり ]<br>斜視 : [ 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 ]<br>認知機能障害 : [ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |  | 抑鬱 : [ なし ・ あり ]<br>てんかん : [ なし ・ あり ]                                                         |  |                   |  | 末梢神経障害 : [ なし ・ あり ]<br>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 ]                       |  |                                                                                                |  |                   |  |                                            |  |                             |   |
| 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                      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 |

|                                         |         |                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
|-----------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|-------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|---|
| 告示番号                                    |         | 61                                                                                                                                                                                                           |  | 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                                      |         | 90 頭蓋内胚細胞腫瘍                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  |                   |  | 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)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>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 )                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
| 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 )<br>hCG-βサブユニット : ( )ng/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( )                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |





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                      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 ]

|      |            |                |
|------|------------|----------------|
| 保險情報 | 保險者番号 ( )  | 被保險者記号 ( )     |
|      | 被保險者番号 ( ) | 被保險者個人單位校番 ( ) |
|      | 資格取得年月日    | 年 月 日          |

|                                         |                      |                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                      |  |                                                                                                |  |                       |  |                                                               |  |
|-----------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|
| 告示番号                                    |                      | 69                                                                                                                                                       |  | 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                                      |                      | 91 70から90までに掲げるもののほか、中枢神経系腫瘍                                                                                                                             |  |                                            |  |                      |  |                                                                                                |  | 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)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>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 )             |  |                                                               |  |
| 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 ]<br>脳神経麻痺 (顔面神経麻痺等) : [ なし ・ あり ]                                                                                                        |  |                                            |  |                      |  | 痙攣 : [ なし ・ あり ]<br>四肢麻痺 : [ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>意識障害 : [ なし ・ あり ]<br>ふらつきまたは歩行異常 : [ なし ・ あり ] |  |                       |  |                                                               |  |
|                                         | 眼                    | 視野障害 : [ なし ・ あり ]<br>眼球運動障害 : [ なし ・ あり ]                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  | 弱視 : [ なし ・ あり ]<br>斜視 : [ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>認知機能障害 : [ なし ・ あり ]                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  | 抑鬱 : [ なし ・ あり ]<br>てんかん : [ なし ・ あり ]                                                         |  |                       |  | 末梢神経障害 : [ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>慢性GVH病 : 眼症状 : [ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病 : 肝機能障害 : [ 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 ] |  |                                                                                                |  |                       |  |                                                               |  |
| 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 )<br>hCG- βサブユニット : ( )ng/mL ・ 未実施 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( )                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  |                                                                                                |  |                       |  |                                                               |  |



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                      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 ]

保險情報

保險者番号 ( ) 被保險者記号 ( )  
 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