



受給者番号（）患者氏名（）2025a-001

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〈継続申請用〉

2/2

経過（申請時）※直近の状況を記載

薬物療法	化学療法： <div>未実施</div> <div>実施予定</div> <div>実施済</div>
移植	同種造血幹細胞移植： <div>未実施</div> <div>実施予定</div> <div>実施済</div> 実施日： <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div>
放射線治療	放射線治療： <div>未実施</div> <div>実施予定</div> <div>実施済</div> 照射野：髄芽腫： <div>局所</div> <div>後頭蓋窩</div> <div>全脳全脊髄</div> <div>全脳全脊髄+後頭蓋窩</div> <div>全脳全脊髄+局所</div> 照射野：胚細胞腫瘍： <div>局所</div> <div>全脳室</div> <div>全脳室+局所</div> <div>全脳全脊髄</div> <div>全脳全脊髄+局所</div> 照射野：脳腫瘍（その他）： <div>局所</div> <div>全脳</div> <div>全脳全脊髄</div> <div>全脳全脊髄+局所</div> <div>その他</div> 照射量：局所の合計（未実施の場合 0）： <div></div> Gy照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄（未実施の場合 0）： <div></div> Gy
手術	腫瘍摘出術： <div>未実施</div> <div>実施予定</div> <div>実施済</div> 実施日： <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> 摘出度： <div>生検</div> <div>部分摘出</div> <div>亜全摘出</div> <div>肉眼的全摘出</div> 術式： <div></div>
今後の治療方針	積極的治療：治療終了日： <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> 治療終了者の経過観察の必要性： <div>なし</div> <div>あり</div>
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル： <div>一般健康管理群</div> <div>経過観察群</div> <div>標準的フォローアップ群</div> <div>強化フォローアップ群</div> <div>要介入群</div>
	今後の治療方針： <div></div>
	治療見込み期間（入院）開始日： <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> 終了日： <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> 治療見込み期間（外来）開始日： <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> 終了日： <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> 通院頻度： <div></div> 回／月
	成長ホルモン治療の有無： <div>なし</div> <div>あり</div>
就学・就労状況	就学前 <div>小中学校（通常学級・通級・特別支援学級）</div> <div>特別支援学校（小中学部・専攻科を含む高等部）</div> <div>高等学校（専攻科を含む）</div> <div>高等専門学校</div> <div>専門学校／専修学校など</div> <div>大学（短期大学を含む）</div> <div>就労（就学中の就労も含む）</div> <div>未就学かつ未就労</div> <div>その他</div>

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	<div>認定</div> <div>不認定</div>
研究同意の有無	<div>有</div> <div>無</div>
受給者番号	受給者番号（ <div></div> ）有効期限 年 月 日
階層区分	<div>生活保護</div> <div>低所得Ⅰ</div> <div>低所得Ⅱ</div> <div>一般所得Ⅰ</div> <div>一般所得Ⅱ</div> <div>上位所得</div> <div>その他</div>
保険情報	保険者番号（ <div></div> ）被保険者記号（ <div></div> ） 被保険者番号（ <div></div> ）被保険者個人単位枝番（ <div></div> ） 資格取得年月日 年 月 日