

病名		12 NK（ナチュラルキラー）細胞白血病				受付種別		<div><input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転入</div> 転出実施主体名 →（ ）				
保険情報		保険者番号（ ）被保険者記号（ ）被保険者番号（ ）被保険者個人単位枝番（ ） 資格取得年月日 年 月 日										
氏名		(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
住所		郵便番号（ ー ）都道府県（ ）市区町村（ ）丁目番地等（ ）										
生年月日		年 月 日					性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県（ ）市区町村（ ）										
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日						
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日						
現在の 身長・体重		身長 (測定日)	cm ( SD) 年 月 日		体重 (測定日)	kg ( SD) 年 月 日			BMI			
									肥満度	%		
手帳取得状況		身体障害者手帳	なし ・ あり（ 等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 ）					療育手帳	なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳（障害者手帳）			なし ・ あり（ 等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ）							
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載												
最終受診日		( 年 月 日 )										
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 ] 易出血性：[ 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：[ 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 ] 消化器症状：[ なし ・ あり ]									
			内分泌・代謝									
		腎・泌尿器	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 ]									
	呼吸器・循環器		精巣腫大（男子）：[ なし ・ あり ] 腎機能低下：[ なし ・ あり ]									
		筋・骨格	心機能障害（不整脈含む）：[ なし ・ あり ] 呼吸障害：[ なし ・ あり ]									
	皮膚・粘膜		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 ]									
		精神・神経	皮膚障害：[ なし ・ あり ] 毛髪異常：[ なし ・ あり ]									
	耳鼻咽喉		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 ]									
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（申請時） ※直近の状況を記載											
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										
病理検査		芽球比率：骨髓：( )% ・ 未実施 末梢血：( )% ・ 未実施										
遺伝学的検査		染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )										
		遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )										
検査所見（その他）		検査所見（その他）：( )										
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載												
合併症		原病と直接関係しない併発症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )										

