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〈継続申請用〉 1/2

病名	52 未分化胚細胞腫	受付種別	□ 継続 転出実施主体名 □ 転入 → ( )

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	治癒 ・ 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] 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 (申請時) ※直近の状況を記載

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)
	NSE : ( )ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	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 : ( )
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : ( ) 所見 : ( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ( )

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〈継続申請用〉

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併：（　　）
	合併症（その他）：（　　）

経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	化学療法：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]
移植	同種造血幹細胞移植：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　　年　　月　　日　）
放射線治療	放射線治療：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　照射量：（　　）Gy
手術	腫瘍摘出術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 摘出度：[　生検　・　部分摘出　・　亜全摘出　・　肉眼的全摘出　] 術式：（　　）
今後の治療方針	治療計画：[　積極的治療継続　・　治療終了（計画的経過観察）　・　その他　] 治療計画（その他）：（　　） 積極的治療：治療終了日：（　　年　　月　　日　）　治療終了者の経過観察の必要性：[　なし　・　あり　]
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル：[　一般健康管理群　・　経過観察群　・　標準的フォローアップ群　・　強化フォローアップ群　・　要介入群　]
	今後の治療方針：（　　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　）　通院頻度：（　　）回／月
	成長ホルモン治療の有無：[　なし　・　あり　]
就学・就労状況	就学前　・　小中学校（通常学級　・　通級　・　特別支援学級　）・　特別支援学校（小中学部　・　専攻科を含む高等部　）・　高等学校（専攻科を含む）・ 高等専門学校　・　専門学校／専修学校など　・　大学（短期大学を含む）　・　就労（就学中の就労も含む）　・　未就学かつ未就労　・ 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　　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　（　　）

・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　（　　） 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