

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〈継続申請用〉		1/3	
病名		21 Tリンパ芽球性リンパ腫					受付種別		<div><input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名</div> <div><input type="checkbox"/> 転入 → ()</div>		
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)			体重 (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 (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]			
	消化器	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: ()									
		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]				
	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]				
	末梢神経障害: [なし ・ あり]										
耳鼻咽喉		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]										
	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]										
画像検査	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]				
検査所見 (申請時)		※直近の状況を記載									
血液検査		可溶性IL-2レセプター: ()U/mL ・ 未実施									
病理検査		芽球比率: 骨髓: ()% ・ 未実施 末梢血: ()% ・ 未実施									
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)								
	部位: ()										
	所見: ()										
	CT検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)								
	部位: ()										
	所見: ()										
画像検査	MRI検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)								
	部位: ()										
	所見: ()										

