

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〈継続申請用〉		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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 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 () 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													
具体的な疾病名		()				最終受診日		(年 月 日)					
症 状	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり] 易出血性 : [なし ・ あり] リンパ節腫大 : [なし ・ あり]				発熱 : [なし ・ あり] 易感染性 : [なし ・ あり]				疼痛 : [なし ・ あり] 易疲労性 : [なし ・ あり]			
	消化器	肝腫大 (触診) : [なし ・ あり] 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	尿崩症 : [なし ・ あり] 甲状腺機能低下 : [なし ・ あり]				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]											
	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] 骨病変 : [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] 認知機能障害 : [なし ・ あり]				白質脳症 : [なし ・ あり] てんかん : [なし ・ あり]				抑鬱 : [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	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 : 眼症状 : [なし ・ あり] 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] 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] 慢性GVH病 : 肝機能障害 : [なし ・ あり]			
		二次がん : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
		胸腺腫大 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()				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		白血球数 : ()/μL 可溶性IL-2レセプター : ()U/mL ・ 未実施				ヘモグロビン (Hb) : ()g/dL フィブリノゲン : ()mg/dL				血小板数 : ()×10 ⁴ /μL フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施			
感染症免疫学的 検査		ウイルス検査 : [未実施 ・ 実施] 所見 : ()											
画像検査		超音波検査 : [未実施 ・ 実施] 部位 : () 所見 : ()				実施日 : (年 月 日)							
		CT検査 : [未実施 ・ 実施] 部位 : () 所見 : ()				実施日 : (年 月 日)							

