

告示番号		85		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		16 1から15までに掲げるもののほか、白血病						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) 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													
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]				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]			
	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	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]		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]					
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 : ()											
		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 : () / μ L				ヘモグロビン (Hb) : () g/dL				血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L			
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 : ()											

受給者番号（）患者氏名（）

2025a-001

告示番号

85

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

積極的治療の
施行施設

治療施設：[自施設 ・ 他施設 ・ 不明]
他施設名：（）

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]
頭部：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
眼：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
胸部：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
骨盤部：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
全身（造血細胞移植）：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
顔面：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
脊髄：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
腹部：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
四肢：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
限定領域（造血細胞移植）：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]

手術

手術（組織生検を含む）：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
実施日：（年月日）
術式：（）

治療

治療（その他）：（）

治療状況

治療状況：[治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中]
現在の状態：[初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他]
現在の状態（その他）：（）

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

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

[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