告示番号 74　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	7　急性前骨髄球性白血病	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]　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	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]
		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：（　　）
		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：（　　）×10⁴/μL フィブリノゲン：（　　）mg/dL　FDP：（　　）μg/mL・未実施
病理検査	芽球比率：骨髄：（　　）%・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（　　）

告示番号 74　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〉　

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]　顔面：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]　脊髄：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]　腹部：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]　四肢：[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]　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　　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