

告示番号		46		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		24 ランゲルハンス (Langerhans) 細胞組織球症							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) 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													
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	リンパ節腫大: [なし ・ あり]											
		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	尿崩症: [なし ・ あり]				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] 骨病変: [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] 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: ()×10 ⁴ /μL CRP: ()mg/dL 可溶性IL-2レセプター: ()U/mL ・ 未実施 フィブリノゲン: ()mg/dL 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] 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: ()											

