

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------|--|-----------------|---|--|-------------------------|----------------------|---------------|--|--|--|---------------|-----|---|
| 告示番号 | | 9 | | 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 | | 33 肝芽腫 | | | | | | 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) | | | | 以前の登録氏名 (変更のある場合) | | (セイメイ) (姓) | | | | | | |
| 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] 易感染性 : [なし ・ あり] 易疲労性 : [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | |
| | 消化器 | 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 | 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 | 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 : () | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日) | | | | | | | | | | | | |
| | | VMA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日) | | | | | | | | | | | | |
| | | HVA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日) | | | | | | | | | | | | |
| | | NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日) | | | | | | | | | | | | |
| | | α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日) | | | | | | | | | | | | |
| | | hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日) | | | | | | | | | | | | |
| | | 絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日) | | | | | | | | | | | | |
| | | 腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : () | | | | | | | | | | | | |
| 画像検査 | | 画像検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 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 | | 遺伝性腫瘍症候群の合併 : () | | | | | | | | | | | | |
| | | 合併症 (その他) : () | | | | | | | | | | | | |

| | |
|-------------------|---|
| 経過（申請時） ※直近の状況を記載 | |
| 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] 照射量：()Gy |
| 手術 | 腫瘍摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 摘出度：[生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式：() |
| 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 |