

| | |
|-------------------|--|
| 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 | |