

病名		72 退形成性星細胞腫										受付種別			<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			転出実施主体名 ()			
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)					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] 易感染性 : [なし ・ あり] 易疲労性 : [なし ・ あり]																			
		肝機能障害 : [なし ・ あり] 消化器症状 : [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]																			
		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		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) : ()																			

