

告示番号		83		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		13 慢性骨髄性白血病						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] 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		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: ()×10 ⁴ /μL											
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: ()											

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	