告示番号 53　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	74　上衣腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 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（　　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） 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]
	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	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 53　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〉　2/2

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	神経線維腫症1型の合併：[なし ・ あり]　遺伝性腫瘍症候群（その他）の合併：[なし ・ あり] 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] 照射野：髄芽腫：　[局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄＋後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄＋局所] 照射野：胚細胞腫瘍：　[局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室＋局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄＋局所] 照射野：脳腫瘍（その他）：　[局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄＋局所 ・ その他] 照射量：局所の合計（未実施の場合 0）：（　）Gy　照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄（未実施の場合 0）：（　）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	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
医療機関所在地
電話番号

記載年月日　年　月　日
診断年月日　年　月　日

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