

告示番号		71		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		4 急性骨髄性白血病、最末分化						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 ]											
		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 ]											
		精巣腫大 (男子) : [ なし ・ あり ] 腎機能低下 : [ なし ・ あり ]											
		心機能障害 (不整脈含む) : [ なし ・ あり ] 呼吸障害 : [ なし ・ あり ]											
		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 ]											
		皮膚障害 : [ なし ・ あり ] 毛髪異常 : [ なし ・ あり ]											
		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 ]											
		聴力障害 : [ なし ・ あり ]											
		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 : ( ) / $\mu$ L ヘモグロビン (Hb) : ( ) g/dL 血小板数 : ( ) $\times 10^4 / \mu$ L											
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 : ( )											

受給者番号（）患者氏名（）

2025a-001

告示番号71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

経過（申請時）※直近の状況を記載

積極的治療の  
施行施設

治療施設：[ 自施設 ・ 他施設 ・ 不明 ]  
他施設名：（）

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 ]  
頭部：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]  
眼：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]  
胸部：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]  
骨盤部：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]  
全身（造血細胞移植）：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]  
顔面：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]  
脊髄：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]  
腹部：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]  
四肢：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]  
限定領域（造血細胞移植）：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]

手術

手術（組織生検を含む）：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]  
実施日：（年月日）  
術式：（）

治療

治療（その他）：（）

治療状況

治療状況：[ 治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中 ]  
現在の状態：[ 初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他 ]  
現在の状態（その他）：（）

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