

告示番号		80		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	1 前駆B細胞急性リンパ性白血病					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 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	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]		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]								
	消化器	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: 骨髓: ()% ・ 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: ()							

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] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [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] 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

告示番号 77		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	2 成熟B細胞急性リンパ性白血病			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]		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]				
	消化器	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: 骨髓: ()% ・ 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: ()					

告示番号 **77** 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] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [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] 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

告示番号		81		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	3 T細胞急性リンパ性白血病					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 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	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]								
	消化器	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: 骨髓: ()% ・ 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: ()							

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] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [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] 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

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、最未分化			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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI
		年 月 日	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]		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]					
	消化器	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]		
	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: ()						

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] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [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] 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

告示番号 79		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	5 成熟を伴わない急性骨髄性白血病			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]		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]				
	消化器	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: ()					

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] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [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] 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

告示番号 78		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	6 成熟を伴う急性骨髄性白血病			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]		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]				
	消化器	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: ()					

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] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [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] 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

告示番号 74		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	7 急性前骨髄球性白血病			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]		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]				
	消化器	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		
	フィブリノゲン: ()mg/dL		FDP: ()μg/mL・未実施			
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: ()					

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] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [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] 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

告示番号 72		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	8 急性骨髄単球性白血病			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]		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]				
	消化器	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: ()					

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] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [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] 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

告示番号 75		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	9 急性単球性白血病			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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI
		年 月 日	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]					
	消化器	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: 骨髓: ()% ・ 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: ()						

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] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [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] 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

告示番号 73		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	10 急性赤白血病			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]		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]				
	消化器	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: 骨髓: ()% ・ 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: ()					

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] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [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] 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

告示番号 70		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	11 急性巨核芽球性白血病			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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI
		年 月 日	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]		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]					
	消化器	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]		
	認知機能障害: [なし ・ あり]		てんかん: [なし ・ あり]		末梢神経障害: [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: 骨髓: ()% ・ 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: ()						

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] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [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] 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

告示番号 82		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	12 NK (ナチュラルキラー) 細胞白血病			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]				
	消化器	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: 骨髓: ()% ・ 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: ()					

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] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [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] 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

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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]		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]				
	消化器	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: ()					

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] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [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] 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

告示番号 84		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	14 慢性骨髄単球性白血病			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]				
	消化器	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合併症: [なし ・ あり]					
	詳細: ()					

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] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [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] 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

告示番号 76		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	15 若年性骨髄単球性白血病			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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI	
		年 月 日	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]						
	消化器	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]		
		認知機能障害: [なし ・ あり]		てんかん: [なし ・ あり]		末梢神経障害: [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: ()							

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] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [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] 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

告示番号		85		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	16 1から15までに掲げるもののほか、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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI			
		年 月 日	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										
具体的な疾病名	()				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]								
	消化器	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: 骨髓: ()% ・ 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: ()							

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] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [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] 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

告示番号 44		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	17 骨髄異形成症候群			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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI	
		年 月 日	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]		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]						
	消化器	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]		
		認知機能障害: [なし ・ あり]		てんかん: [なし ・ あり]		末梢神経障害: [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: ()							

告示番号 44 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] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [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] 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

告示番号 **86** 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) **1/3**

病名	18 成熟B細胞リンパ腫			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 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		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]	発熱: [なし ・ あり]	疼痛: [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: 頸部: [なし ・ あり]	リンパ節腫大: 腋窩: [なし ・ あり]	リンパ節腫大: 鎖骨上窩: [なし ・ あり]			
		リンパ節腫大: 縦隔: [なし ・ あり]	リンパ節腫大: 肺門部: [なし ・ あり]	リンパ節腫大: 傍大動脈: [なし ・ あり]			
	リンパ節腫大: 腸間膜: [なし ・ あり]	リンパ節腫大: 鼠径: [なし ・ あり]					
	リンパ節腫大: その他: ()						
	消化器	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	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	可溶性IL-2レセプター: ()U/mL ・ 未実施						
病理検査	芽球比率: 骨髓: ()% ・ 未実施			末梢血: ()% ・ 未実施			
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)					
	部位: ()						
	所見: ()						
CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)						
	部位: ()						
	所見: ()						
MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)						
	部位: ()						
	所見: ()						

告示番号 **86** 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) **2/3**

画像検査	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)		
	部位: ()		
	所見: ()		
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: ()		
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]	顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	眼:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	胸部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	骨盤部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	四肢: [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]	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

告示番号		90		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)		1/3		
病名	19 未分化大細胞リンパ腫					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)			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]				
		易感染性: [なし ・ あり]		易疲労性: [なし ・ あり]						
		リンパ節腫大: 頸部: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 腋窩: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 鎖骨上窩: [なし ・ あり]				
		リンパ節腫大: 縦隔: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 肺門部: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 傍大動脈: [なし ・ あり]				
	リンパ節腫大: 腸間膜: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 鼠径: [なし ・ あり]							
	リンパ節腫大: その他: ()									
	消化器	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	可溶性IL-2レセプター: () U/mL ・ 未実施									
病理検査	芽球比率: 骨髓: ()% ・ 未実施				末梢血: ()% ・ 未実施					
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)							
	部位: ()									
	所見: ()									
		CT検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)						
		部位: ()								
		所見: ()								
		MRI検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)						
		部位: ()								
		所見: ()								

告示番号	90	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)	2/3
画像検査	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
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: ()				
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]	顔面:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	眼:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	脊髄:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	胸部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	腹部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	骨盤部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	四肢:	[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]	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

告示番号	88	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)	1/3
-------------	-----------	------------------	----------------------------------	------------

病名	20 Bリンパ芽球性リンパ腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI			
		年 月 日	年 月 日		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]		発熱: [なし ・ あり]		疼痛: [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: 頸部: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 腋窩: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 鎖骨上窩: [なし ・ あり]				
		リンパ節腫大: 縦隔: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 肺門部: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 傍大動脈: [なし ・ あり]				
	リンパ節腫大: 腸間膜: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 鼠径: [なし ・ あり]							
	リンパ節腫大: その他: ()									
	消化器	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	可溶性IL-2レセプター: () U/mL ・ 未実施									
病理検査	芽球比率: 骨髓: ()% ・ 未実施				末梢血: ()% ・ 未実施					
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)							
	部位: ()		所見: ()							
	CT検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)							
		部位: ()		所見: ()						
		MRI検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)						
		部位: ()		所見: ()						

告示番号	88	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)	2/3
画像検査	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
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: ()				
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]	顔面:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	眼:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	脊髄:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	胸部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	腹部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	骨盤部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	四肢:	[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]	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

告示番号 **87** 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) **1/3**

病名	21 Tリンパ芽球性リンパ腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI	
		年 月 日	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]		発熱: [なし ・ あり]		疼痛: [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: 頸部: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 腋窩: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 鎖骨上窩: [なし ・ あり]		
		リンパ節腫大: 縦隔: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 肺門部: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 傍大動脈: [なし ・ あり]		
	リンパ節腫大: 腸間膜: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 鼠径: [なし ・ あり]					
	リンパ節腫大: その他: ()							
	消化器	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]			
皮膚・粘膜	皮膚障害: [なし ・ あり]		毛髪異常: [なし ・ あり]		筋・軟部組織障害: [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]			
精神・神経	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	可溶性IL-2レセプター: ()U/mL ・ 未実施							
病理検査	芽球比率: 骨髓: ()% ・ 未実施			末梢血: ()% ・ 未実施				
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		部位: ()			
	所見: ()		CT検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)			
	部位: ()		所見: ()		MRI検査: [未実施 ・ 実施]			
実施日: (年 月 日)		部位: ()		所見: ()				

告示番号 **87** 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) **2/3**

画像検査	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)		
	部位: ()		
	所見: ()		
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: ()		
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]	顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	眼:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	胸部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	骨盤部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	四肢: [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]	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

告示番号		89		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)		1/3		
病名	22 ホジキン (Hodgkin) リンパ腫					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)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI	
		年 月 日	年 月 日	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]				
		易感染性: [なし ・ あり]		易疲労性: [なし ・ あり]						
		リンパ節腫大: 頸部: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 腋窩: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 鎖骨上窩: [なし ・ あり]				
		リンパ節腫大: 縦隔: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 肺門部: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 傍大動脈: [なし ・ あり]				
	リンパ節腫大: 腸間膜: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 鼠径: [なし ・ あり]							
	リンパ節腫大: その他: ()									
	消化器	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	可溶性IL-2レセプター: () U/mL ・ 未実施									
病理検査	芽球比率: 骨髓: ()% ・ 未実施				末梢血: ()% ・ 未実施					
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)							
	部位: ()									
	所見: ()									
		CT検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)						
		部位: ()								
		所見: ()								
		MRI検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)						
		部位: ()								
		所見: ()								

告示番号	89	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)	2/3
画像検査	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
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: ()				
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]	顔面:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	眼:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	脊髄:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	胸部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	腹部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	骨盤部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	四肢:	[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]	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

告示番号		91		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)		1/3		
病名	23 18から22までに掲げるもののほか、リンパ腫					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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI			
		年 月 日	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										
具体的な疾病名	()				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]				
		易感染性: [なし ・ あり]		易疲労性: [なし ・ あり]						
		リンパ節腫大: 頸部: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 腋窩: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 鎖骨上窩: [なし ・ あり]				
		リンパ節腫大: 縦隔: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 肺門部: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 傍大動脈: [なし ・ あり]				
	リンパ節腫大: 腸間膜: [なし ・ あり]		リンパ節腫大: 鼠径: [なし ・ あり]							
	リンパ節腫大: その他: ()									
	消化器	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	可溶性IL-2レセプター: () U/mL ・ 未実施									
病理検査	芽球比率: 骨髓: ()% ・ 未実施				末梢血: ()% ・ 未実施					
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)							
	部位: ()									
	所見: ()									
		CT検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)						
		部位: ()								
		所見: ()								
		MRI検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)						
		部位: ()								
		所見: ()								

告示番号	91 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)		2/3
画像検査	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()		
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: ()		
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] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [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] 限定領域 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]		
	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

告示番号 46		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)		1/3		
病名	24 ランゲルハンス (Langerhans) 細胞組織球症			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]	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]				
	消化器	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	尿崩症: [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]		
	骨病変: [なし ・ あり]					
皮膚・粘膜	皮膚症状: [なし ・ あり] 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	CRP: ()mg/dL		
	可溶性IL-2レセプター: ()U/mL ・ 未実施	フィブリノゲン: ()mg/dL	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施			
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()					
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()					
	CT検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()					

告示番号	46	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)	2/3
画像検査	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	所見: ()				
検査所見 (その他)	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: ()					
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]	顔面:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	眼:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	脊髄:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	胸部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	腹部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	骨盤部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	四肢:	[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]	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)					
治療	術式: ()				
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

告示番号 45		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)		1/3		
病名	25 血球貪食性リンパ組織球症			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	BMI
		年 月 日	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]				
	消化器	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	尿崩症: [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]		
	骨病変: [なし ・ あり]					
皮膚・粘膜	皮膚症状: [なし ・ あり] 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	CRP: ()mg/dL		
	可溶性IL-2レセプター: ()U/mL ・ 未実施	フィブリノゲン: ()mg/dL	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施			
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施]					
	所見: ()					
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)			
	部位: ()		所見: ()			
	CT検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)			
	部位: ()		所見: ()			

告示番号 **45** 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) **2/3**

画像検査	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
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: ()
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] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [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] 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

告示番号 47		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)		1/3		
病名	26 24及び25に掲げるもののほか、組織球症			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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						
具体的な疾病名	()		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]				
	消化器	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	尿崩症: [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]		
	骨病変: [なし ・ あり]					
皮膚・粘膜	皮膚症状: [なし ・ あり] 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	CRP: ()mg/dL		
	可溶性IL-2レセプター: ()U/mL ・ 未実施	フィブリノゲン: ()mg/dL	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施			
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施]					
	所見: ()					
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)			
	部位: ()		所見: ()			
	CT検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)			
	部位: ()		所見: ()			

告示番号 **47** 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) **2/3**

画像検査	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
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: ()
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] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [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] 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

告示番号 20		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	27 神経芽腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	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): ()					
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()					
	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

告示番号 **21** 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	28 神経節芽腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI
		年 月 日	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]		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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	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): ()						
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()						
	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

告示番号 40		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	29 網膜芽細胞腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	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): ()					
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()					
	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

告示番号		5		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	30 ウィルムス (Wilms) 腫瘍/腎芽腫					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)			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]				
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)							
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)							
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)							
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)							
	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): ()									
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()									
	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

告示番号 23		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	31 腎明細胞肉腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	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): ()					
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()					
	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

告示番号 22		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	32 腎細胞癌			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	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): ()					
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()					
	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

告示番号	9	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	33 肝芽腫			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 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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	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): ()						
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()						
	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

告示番号 **10** 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	34 肝細胞癌			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 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		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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	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): ()						
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()						
	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

告示番号 15		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	35 骨肉腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI
		年 月 日	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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	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): ()						
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()						
	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

告示番号 **14** 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	36 骨軟骨腫症			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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI
		年 月 日	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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	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): ()						
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()						
	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

告示番号 32		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	37 軟骨肉腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	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): ()					

告示番号 32 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	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()
	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

告示番号 31		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	38 軟骨芽細胞腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	BMI
		年 月 日	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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	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): ()					

告示番号 31 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	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()
	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: ()
就学・就労状況	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

告示番号 **3** 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	39 悪性骨巨細胞腫			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 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		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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	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): ()						

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()
	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: ()
就学・就労状況	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

告示番号 41		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	40 ユーイング (Ewing) 肉腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI	
		年 月 日	年 月 日		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]		
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)					
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)					
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)					
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)					
	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): ()							

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()
	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: ()
就学・就労状況	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

告示番号 36		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	41 未分化神経外胚葉性腫瘍 (末梢性のものに限る。)			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	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): ()					

告示番号 36 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	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()
	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: ()
就学・就労状況	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

告示番号		6		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	42 横紋筋肉腫					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)			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]				
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)							
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)							
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)							
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)							
	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): ()									

告示番号 6 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	遺伝性腫瘍症候群の合併: () 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

告示番号 **4** 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	43 悪性ラブドイド腫瘍			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 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		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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	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): ()						

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()
	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: ()
就学・就労状況	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

告示番号 37		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	44 未分化肉腫			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 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		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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	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): ()						

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()
	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: ()
就学・就労状況	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

告示番号 26		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	45 線維形成性小円形細胞腫瘍			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	BMI
		年 月 日	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]
	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]				
	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]
	耳鼻咽喉	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]						
その他	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: ()						
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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	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): ()					

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()
	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: ()
就学・就労状況	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

告示番号 27		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	46 線維肉腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	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): ()					

告示番号 27 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	遺伝性腫瘍症候群の合併: () 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

告示番号 **8** 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	47 滑膜肉腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI
		年 月 日	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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	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): ()						

告示番号 8 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	遺伝性腫瘍症候群の合併: () 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

告示番号 39		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	48 明細胞肉腫 (腎明細胞肉腫を除く。)			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	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): ()					

告示番号 39 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	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()
	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: ()
就学・就労状況	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

告示番号 35		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	49 胞巣状軟部肉腫			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 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		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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	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): ()						

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: () 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

告示番号 34		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	50 平滑筋肉腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	BMI
		年 月 日	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]
	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]				
	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]
	耳鼻咽喉	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]						
その他	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: ()						
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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	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): ()					

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()
	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: ()
就学・就労状況	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

告示番号 17		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	51 脂肪肉腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	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): ()					

告示番号 17 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	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()	
	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: ()	
就学・就労状況	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

告示番号 38		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	52 未分化胚細胞腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	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): ()					

告示番号 38 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	遺伝性腫瘍症候群の合併: () 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

告示番号 28		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	53 胎児性癌			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	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): ()					

告示番号 28 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	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()
	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: ()
就学・就労状況	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

告示番号 30		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	54 多胎芽腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	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): ()					

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()
	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

告示番号 42		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	55 卵黄嚢腫 (卵黄嚢腫瘍)			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	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): ()					

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: () 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

告示番号 **18** 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	56 絨毛癌			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 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		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]	
	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	フェリチン : () ng/mL ・ 未実施		実施日 : (年 月 日)				
	VMA : () ng/mL ・ 未実施		実施日 : (年 月 日)				
	HVA : () ng/mL ・ 未実施		実施日 : (年 月 日)				
	NSE : () ng/mL ・ 未実施		実施日 : (年 月 日)				
	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) : ()						

告示番号 18 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	遺伝性腫瘍症候群の合併: () 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

告示番号 **16** 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	57 混合性胚細胞腫瘍			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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI
		年 月 日	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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	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): ()						

告示番号 16 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	遺伝性腫瘍症候群の合併: () 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

告示番号 **25** 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	58 性索間質性腫瘍			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 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		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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	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): ()						

告示番号 25 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	遺伝性腫瘍症候群の合併: () 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

告示番号 33		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	59 副腎皮質癌			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	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): ()					

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()
	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: ()
就学・就労状況	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

告示番号 13		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	60 甲状腺癌			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	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): ()					

告示番号 13 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	遺伝性腫瘍症候群の合併: () 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

告示番号 **19** 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	61 上咽頭癌			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 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		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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	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): ()						

告示番号 19 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	遺伝性腫瘍症候群の合併: () 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

告示番号	29	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	62 唾液腺癌			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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI
		年 月 日	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]	
	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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	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): ()						

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: () 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

告示番号 2		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	63 悪性黒色腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	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): ()					

告示番号 2 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	遺伝性腫瘍症候群の合併: () 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

告示番号		7		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	64 褐色細胞腫					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)			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]				
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)									
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)									
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)									
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)									
	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): ()											

告示番号 7 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	遺伝性腫瘍症候群の合併: () 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

告示番号		1		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	65 悪性胸腺腫					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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI			
		年 月 日	年 月 日		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]				
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)							
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)							
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)							
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)							
	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): ()									

告示番号 1 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	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()
	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

告示番号 **12** 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	66 胸膜肺芽腫			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 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		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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	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): ()						

告示番号 12 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	遺伝性腫瘍症候群の合併: () 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

告示番号 11		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	67 気管支腫瘍			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 月 日			
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	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): ()					

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: () 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

告示番号 **24** 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	68 瘰癧腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI
		年 月 日	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]	
	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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)				
	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): ()						

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()
	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: ()
就学・就労状況	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

告示番号 43		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	69 27から68までに掲げるもののほか、固形腫瘍(中枢神経系腫瘍を除く。)			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
	年 月 日	年 月 日		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						
具体的な疾病名	()		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	フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	VMA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	HVA: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	NSE: ()ng/mL ・ 未実施		実施日: (年 月 日)			
	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): ()					

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併: ()
	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: ()
就学・就労状況	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

告示番号 68		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	70 毛様細胞性星細胞腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]	
	耳鼻咽喉	精神発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]				
その他	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: ()						
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): ()					

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	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

告示番号 64		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	71 びまん性星細胞腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]	
	耳鼻咽喉	精神発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]				
その他	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: ()						
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): ()					

告示番号 64 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	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

告示番号 63		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	72 退形成性星細胞腫			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 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		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]	
	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]	
	耳鼻咽喉	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]							
その他	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: ()							
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): ()						

告示番号 63 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	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

告示番号 52		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	73 膠芽腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]				
	耳鼻咽喉	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]				
その他	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]					
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	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): ()					
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)					
画像検査	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: ()					
検査所見 (その他)	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): ()					

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	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

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	<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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]				
	耳鼻咽喉	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]				
その他	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]					
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	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): ()					
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)					
画像検査	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: ()					
検査所見 (その他)	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): ()					

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	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

告示番号 65		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	75 乏突起神経膠腫 (乏突起膠腫)			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 月 日		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	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]	
	耳鼻咽喉	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]						
その他	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: ()						
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): ()					

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	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

告示番号 58		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	76 髄芽腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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): ()					

告示番号 58 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	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

告示番号 60		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	77 頭蓋咽頭腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]	
	耳鼻咽喉	精神発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]				
その他	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: ()						
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): ()					

告示番号 60 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	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

告示番号 54		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	78 松果体腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI
		年 月 日	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]		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]	
	耳鼻咽喉	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]					
その他	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: ()					
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): ()						

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	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

告示番号 67		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	79 脈絡叢乳頭腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]	
	耳鼻咽喉	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]				
その他	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: ()						
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): ()					
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): ()						

告示番号 67 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		
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	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

告示番号 59		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	80 髄膜腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]	
	耳鼻咽喉	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]						
その他	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: ()						
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): ()					
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): ()						

告示番号 59 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		
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	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

告示番号 50		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	81 下垂体腺腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]	
	耳鼻咽喉	精神発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]				
その他	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: ()						
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): ()					
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): ()						

告示番号 50 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		
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	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

告示番号		56		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	82 神経節腫					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 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	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]				
	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]			
	耳鼻咽喉	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]											
その他	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]				
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)							
画像検査	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)							
検査所見 (その他)	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	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	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

告示番号 57		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	83 神経節腫 (神経節細胞腫)			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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI
		年 月 日	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]	
	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): ()						
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): ()							

告示番号 57 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		
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	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

告示番号 62		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	84 脊索腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]	
	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): ()					
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): ()					

告示番号 62 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		
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	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

告示番号 66		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	85 未分化神経外胚葉性腫瘍(中枢性のものに限る。)(中枢神経系原始神経外胚葉性腫瘍)			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]						
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	二次がん: [なし ・ あり]					
	詳細: ()					
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)					
画像検査	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)					
検査所見 (その他)	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	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	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

告示番号		49		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	86 異型奇形腫瘍/ラブドイド腫瘍 (非定型奇形腫様ラブドイド腫瘍)					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)			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]				
	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]				
	耳鼻咽喉	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]										
その他	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: ()										
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): ()									
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): ()										

告示番号 49 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		
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	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

告示番号 48		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	87 悪性神経鞘腫 (悪性末梢神経鞘腫瘍)			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]	
	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]					
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)			
画像検査	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)			
検査所見 (その他)	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	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	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

告示番号 55		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	88 神経鞘腫			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]	
	耳鼻咽喉	精神発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]				
その他	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: ()						
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): ()					
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): ()						

告示番号 55 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		
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	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

告示番号		51		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	89 奇形腫 (頭蓋内及び脊柱管内に限る。)					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)			体重 (測定日)	kg (SD)			BMI		
		年 月 日	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]				
	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]			
	耳鼻咽喉	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]											
その他	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: ()											
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): ()										
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): ()										

告示番号 51 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		
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	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

告示番号 61		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	90 頭蓋内胚細胞腫瘍			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)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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]				
	耳鼻咽喉	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]						
その他	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]					
血液検査	二次がん: [なし ・ あり]					
	詳細: ()					
画像検査	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)					
画像検査	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)					
検査所見 (その他)	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	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): ()					

告示番号 61 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		
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	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

告示番号		69		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	91 70から90までに掲げるもののほか、中枢神経系腫瘍					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 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		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										
具体的な疾病名	()				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): ()									
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): ()										

告示番号 69 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		
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	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