

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〈新規申請用〉		1/2											
病名		40 ユーイング (Ewing) 肉腫								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規															
受給者番号				受診日		年		月								日											
ふりがな						(変更があった場合)																					
氏名						ふりがな																					
(Alphabet)						(Alphabet)																					
生年月日		年		月		日		意見書記載時の年齢		歳		か月		日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定									
出生体重		g		出生週数		在胎		週		日		出生時に住民登録をした所		(		) 都道府県		(		) 市区町村			
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		%			
発病時期		年		月		頃		初診日		年		月		日													
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 ()																									
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																											
症状		全身		発熱：[なし ・ あり]						疼痛：[なし ・ あり]						易出血性：[なし ・ あり]											
				体重減少：[なし ・ あり]						圧迫症状：[なし ・ あり]						局所腫脹 (腫瘍形成)：[なし ・ あり]											
				リンパ節腫大：[なし ・ あり]																							
		消化器		悪心・嘔吐：[なし ・ あり]																							
		腎・泌尿器		血尿：[なし ・ あり]																		排尿障害：[なし ・ あり]					
		呼吸器・循環器		咳嗽：[なし ・ あり]																		喘鳴：[なし ・ あり]					
		筋・骨格		運動障害：[なし ・ あり]																		骨折：[なし ・ あり]					
眼		眼症状：[なし ・ あり]																									
耳鼻咽喉		難聴：[なし ・ あり]																									
その他		症状 (その他)：()																									
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																											
症状		全身		低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり]						易感染性：[なし ・ あり]						易疲労性：[なし ・ あり]											
				肝機能障害：[なし ・ あり]						消化器症状：[なし ・ あり]																	
				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]																							
		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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																											
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)	

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

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〈新規申請用〉	2/2
血液検査	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：（ ）				
病理検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
	組織診：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（ ） 所見：（ ）				
	細胞診（脳脊髄液）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析：[未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原：（ ） 陰性抗原：（ ）				
画像検査	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：（ ）				
	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（腫瘍細胞）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
	染色体検査（生殖細胞系列）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
	遺伝子検査（腫瘍細胞）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
	遺伝子検査（生殖細胞系列）：[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）：（ ）				
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				
	成長ホルモン治療申請の有無：[なし ・ あり]				
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			
医療機関住所		診療科			
		医師名 (印)			
		小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）			