

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〈新規申請用〉		1/2	
病名		21 Tリンパ芽球性リンパ腫						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (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]					
		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]					
	腎・泌尿器	精巣腫大 (男子)：[なし ・ あり]											
精神・神経	中枢神経浸潤：[なし ・ あり]												
その他	他の節外病変：[なし ・ あり]												
	部位：()												
	胸腺腫大：[なし ・ あり]												
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]						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 (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		可溶性IL-2レセプター：()U/mL ・ 未実施											
病理検査		組織診：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											

受給者番号（		患者氏名（		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2	
告示番号		87		悪性新生物（					
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		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：（）							
		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）：（）							
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：（）							
		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（					