

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--|--|--|---------------|--|-------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------------|--|--------------------|--|
| 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〈新規申請用〉 | | 1/2 | |
| 病名 | | 18 成熟B細胞リンパ腫 | | | | | | 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 | | 86 | | 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（ | | | | | |