

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〈新規申請用〉		1/2	
病名		9 急性単球性白血病							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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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] 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]									
		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		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)：()											

受給者番号() 患者氏名()

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〈新規申請用〉

2/2

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	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	骨髓検査：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ ）年（ ）月（ ）日						
	所見：（ ）								
	芽球比率：骨髓：（ ）% ・ 未実施		末梢血：（ ）% ・ 未実施						
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	画像検査：[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：（ ）								
	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	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（							