

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〉		1/2	
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 → ()			
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 (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] 易出血性 : [なし ・ あり] リンパ節腫大 : [なし ・ あり]				発熱 : [なし ・ あり] 易感染性 : [なし ・ あり]				疼痛 : [なし ・ あり] 易疲労性 : [なし ・ あり]		
	消化器		肝腫大 (触診) : [なし ・ あり] 消化器症状 : [なし ・ あり]				脾腫大 (触診) : [なし ・ あり]				肝機能障害 : [なし ・ あり]		
	内分泌・代謝		尿崩症 : [なし ・ あり] 甲状腺機能低下 : [なし ・ あり]				性腺機能低下 : [なし ・ あり]				耐糖能異常 : [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] 骨病変 : [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] 認知機能障害 : [なし ・ あり]				白質脳症 : [なし ・ あり] てんかん : [なし ・ あり]				抑鬱 : [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:眼症状 : [なし ・ あり] 慢性GVH病:骨格筋障害 : [なし ・ あり]				慢性GVH病:毛髪異常 : [なし ・ あり] 慢性GVH病:呼吸障害 : [なし ・ あり]				慢性GVH病:口腔粘膜障害 : [なし ・ あり] 慢性GVH病:肝機能障害 : [なし ・ あり]		
			二次がん : [なし ・ あり] 詳細 : ()										
胸腺腫大 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()				歯牙異常 : [なし ・ あり]				自己免疫疾患 : [なし ・ あり] ()					
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		白血球数 : ()/μL フィブリノゲン : ()mg/dL フェリチン : ()ng/mL・未実施				ヘモグロビン (Hb) : ()g/dL CRP : ()mg/dL				血小板数 : ()×10 ⁴ /μL 可溶性IL-2レセプター : ()U/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] 部位 : () 所見 : ()				実施日 : (年 月 日)							
		CT検査 : [未実施 ・ 実施] 部位 : () 所見 : ()				実施日 : (年 月 日)							

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

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〉	2/2
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)				
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		()	