

|   |         |  |   |  |               |   |  |                      |  |                             |   |               |  |  |
|---|---------|--|---|--|---------------|---|--|----------------------|--|-----------------------------|---|---------------|--|--|
| 告示番号                                    |         | 18   |   | 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                                      |         | 56 絨毛癌   |   |  |               |   |  | 受付種別                 |  | <input type="checkbox"/> 新規 |   |               |  |  |
| 受給者番号                                   |         |  |   | 受診日                                      |               | 年 月 日                                       |  |                      |  |                             |   |               |  |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet)                |         |  |   |  |               | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>身長・体重                            |         | 身長<br>(測定日)  |   | cm ( SD)                                 |               | 体重<br>(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 ]<br>体重減少：[ なし ・ あり ]<br>リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]  |  |               |   | 疼痛：[ なし ・ あり ]<br>圧迫症状：[ なし ・ あり ]                 |                      |  |                             | 易出血性：[ なし ・ あり ]<br>局所腫脹 (腫瘍形成)：[ 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 ]                                      |               |  |  |
|   | 消化器     |  | 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 ]<br>認知機能障害：[ なし ・ あり ]  |  |               |   | 抑鬱：[ なし ・ あり ]<br>てんかん：[ なし ・ あり ]                 |                      |  |                             | 末梢神経障害：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：眼症状：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：肝機能障害：[ なし ・ あり ] |               |  |  |
|   |         |  | 二次がん：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )  |  |               |   |  |                      |  |                             |   |               |  |  |
| 歯牙異常：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )        |         |  |   | 自己免疫疾患：[ なし ・ あり ]<br>( )                |               |   |  |                      |  |                             |   |               |  |  |
| 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                  | 18  | 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（ ）<br>所見：（ ）  |             |                       |     |
| 病理検査                  | 骨髓検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ ）年 月 日（ ）<br>所見：（ ）   |             |                       |     |
|                       | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ ）年 月 日（ ） 部位：（ ）<br>所見：（ ）   |             |                       |     |
|                       | 細胞診（脳脊髄液）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ ）年 月 日（ ）<br>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：（ ）<br>陰性抗原：（ ）  |             |                       |     |
| 画像検査                  | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ ）年 月 日（ ） 部位：（ ）<br>所見：（ ）  |             |                       |     |
|                       | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ ）年 月 日（ ） 部位：（ ）<br>所見：（ ）   |             |                       |     |
|                       | 画像検査（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ ）年 月 日（ ） 部位：（ ）<br>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（ ）<br>所見：（ ）  |             |                       |     |
|                       | 染色体検査（生殖細胞系列）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ ）年 月 日（ ）<br>所見：（ ）  |             |                       |     |
|                       | 遺伝子検査（腫瘍細胞）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ ）年 月 日（ ）<br>所見：（ ）  |             |                       |     |
|                       | 遺伝子検査（生殖細胞系列）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ ）年 月 日（ ）<br>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（ ）<br>所見：（ ）  |             |                       |     |
| 画像検査                  | 画像検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ ）年 月 日（ ） 部位：（ ）<br>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（ ）<br>摘出度：[ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画（その他）：（ ）<br>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（ ）     |   |             |                       |     |