

告示番号		71		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		4 急性骨髄性白血病、最末分化								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	71	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（ ）			