

告示番号		48		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		87 悪性神経鞘腫（悪性末梢神経鞘腫瘍）						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
氏名		(Alphabet)						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													
身体所見		大頭症 (+2.0SD以上) : [なし ・ あり]											
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり] 体重減少 : [なし ・ あり]											
	消化器	悪心・嘔吐 : [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	尿崩症 : [なし ・ あり] 性腺機能低下 : [なし ・ あり]											
	精神・神経	頭痛 : [なし ・ あり]						痙攣 : [なし ・ あり]		意識障害 : [なし ・ あり]			
		脳神経麻痺 (顔面神経麻痺等) : [なし ・ あり]						四肢麻痺 : [なし ・ あり ・ 不明]		ふらつきまたは歩行異常 : [なし ・ あり]			
	眼	視野障害 : [なし ・ あり]						弱視 : [なし ・ あり]		斜視 : [なし ・ あり]			
眼球運動障害 : [なし ・ あり]						視神経乳頭浮腫 : [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]						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 : ()											
		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		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)											
		所見 : ()											

受給者番号（		患者氏名（				
告示番号	48	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
病理検査	組織診：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）					
	部位：（ ）					
	所見：（ ）					
細胞診（脳脊髄液）	細胞診（脳脊髄液）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）					
	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：（ ）					
	陰性抗原：（ ）					
画像検査	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）	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（腫瘍細胞）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）					
	所見：（ ）					
	染色体検査（生殖細胞系列）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）					
	所見：（ ）					
	遺伝子検査（腫瘍細胞）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）					
遺伝学的検査（その他）	遺伝子検査（腫瘍細胞）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）					
	所見：（ ）					
	遺伝子検査（生殖細胞系列）：[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	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 ）					
画像検査	所見：（ ）					
	画像検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ）					
	部位：（ ）					
画像検査（その他）	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	神経線維腫症1型の合併：[なし ・ あり] 遺伝性腫瘍症候群（その他）の合併：[なし ・ あり]					
	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]					
	照射野：髄芽腫： [局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄＋後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄＋局所]					
	照射野：胚細胞腫瘍： [局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室＋局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄＋局所]					
	照射野：脳腫瘍（その他）： [局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄＋局所 ・ その他]					
	照射量：局所の合計（未実施の場合 0）：（ ）Gy 照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄（未実施の場合 0）：（ ）Gy					
手術	腫瘍摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ）					
	摘出度：[生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]					
	術式：（ ）					
今後の治療方針	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（		）		