

告示番号		57		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		83 神経節腫 (神経節細胞腫)						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)		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		治療 ・ 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 : ()															
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（		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2	
告示番号	57	悪性新生物（							
病理検査	組織診：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)								
	部位：()								
	所見：()								
細胞表面抗原検査	細胞診（脳脊髄液）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)								
	所見：()								
	リンパ球サブセット解析：[未実施 ・ 実施]								
画像検査	陽性抗原：()								
	陰性抗原：()								
	CT 検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)								
画像検査	部位：()								
	所見：()								
	MRI 検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)								
画像検査	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	部位：()								
	所見：()								
	染色体検査（腫瘍細胞）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)								
遺伝学的検査	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：()								
遺伝学的検査	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)								
遺伝学的検査	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)								
画像検査	腫瘍マーカー（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)								
	所見：()								
	画像検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)								
画像検査	部位：()								
	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]								
手術	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								
	腫瘍摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日)								
今後の治療方針	摘出度：[生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]								
	術式：()								
	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]								
今後の治療方針	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)								
今後の治療方針	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	医療機関住所				記載年月日	年	月	日	
				診療科					
				医師名	(印)				
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()				