

告示番号		43		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	69	27から68までに掲げるもののほか、固形腫瘍(中枢神経系腫瘍を除く。)						受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
		(具体的な疾病名:)											
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 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]			
		体重減少: [なし ・ あり]				圧迫症状: [なし ・ あり]				局所腫脹 (腫瘍形成): [なし ・ あり]			
		リンパ節腫大: [なし ・ あり]											
		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]				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]				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]			
		認知機能障害: [なし ・ あり]				てんかん: [なし ・ あり]				末梢神経障害: [なし ・ あり]			
		発達障害: [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		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	43	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（ ） 所見：（ ）				
病理検査	骨髓検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ ）年 月 日（ ） 所見：（ ）				
	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）：[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）：[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（ ） 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	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（ ） 所見：（ ）				
画像検査	画像検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ ）年 月 日（ ） 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	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（ ） 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	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（ ）			