

病名	17 骨髄異形成症候群										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		44		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 （ ）									