

告示番号		90		悪性新生物		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2		
病名		19 未分化大細胞リンパ腫						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名				
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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 (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]				
		易感染性 : [なし ・ あり]				易疲労性 : [なし ・ あり]								
		リンパ節腫大 : 頸部 : [なし ・ あり]				リンパ節腫大 : 腋窩 : [なし ・ あり]				リンパ節腫大 : 鎖骨上窩 : [なし ・ あり]				
		リンパ節腫大 : 縦隔 : [なし ・ あり]				リンパ節腫大 : 肺門部 : [なし ・ あり]				リンパ節腫大 : 傍大動脈 : [なし ・ あり]				
		リンパ節腫大 : 腸間膜 : [なし ・ あり]				リンパ節腫大 : 鼠径 : [なし ・ あり]								
			リンパ節腫大 : その他 : ()											
	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) : ()												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載														
血液検査		可溶性IL-2レセプター : () U/mL ・ 未実施												
病理検査		芽球比率 : 骨髓 : () % ・ 未実施				末梢血 : () % ・ 未実施								
画像検査		超音波検査 : [未実施 ・ 実施]				実施日 : (年 月 日)								
		部位 : ()												
		所見 : ()												
		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 : ()												

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		90		悪性新生物（		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書（継続申請用）		2/2		
画像検査	画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施]	実施日：（		年	月	日	）					
	部位：（	）										
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										
医療機関住所		年 月 日										
		診療科										
		医師名										
		小児慢性特定疾病 指定医番号（										
		（印）										