

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------|--|---|--|--|---|-------------------------|--------------------------|--|-----------------------------|---------------------------|---------------|--|--|
| 告示番号 | | 11 | | 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 | | 67 気管支腫瘍 | | | | | | 受付種別 | | <input type="checkbox"/> 新規 | | | | |
| 受給者番号 | | | | 受診日 | | 年 月 日 | | | | | | | | |
| ふりがな 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] | | | |
| | | | 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] | | | | | | | | | | | |
| | 消化器 | | 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] | | | |
| | 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 | | 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) | | | | | | | | |

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| 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 | 骨髄検査：[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 | | |
| 医療機関住所 | | |
| 記載年月日 | | |
| 年 月 日 | | |
| 診療科 | | |
| 医師名 | | |
| 小児慢性特定疾病 指定医番号（ ） | | |