

|   |   |  |                            |  |                    |   |                   |                      |                    |                             |                     |               |  |  |
|---|---|--|----------------------------|--|--------------------|---|-------------------|----------------------|--------------------|-----------------------------|---------------------|---------------|--|--|
| 告示番号                                    |   | 28   |                            | 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                                      |   | 53 胎児性癌  |                            |  |                    |   |                   | 受付種別                 |                    | <input type="checkbox"/> 新規 |                     |               |  |  |
| 受給者番号                                   |   |  |                            | 受診日                                      |                    | 年 月 日                                       |                   |                      |                    |                             |                     |               |  |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet)                |   |  |                            |  |                    | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>身長・体重                            |   | 身長<br>(測定日)  |                            | cm ( SD)                                 |                    | 体重<br>(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 ]   |                            |  |                    |   |                   |                      |                    |                             |                     |               |  |  |
|   |   | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]  |                            |  |                    |   |                   |                      |                    |                             |                     |               |  |  |
|   |   | 血尿：[ なし ・ あり ]   |                            |  |                    | 排尿障害：[ なし ・ あり ]                            |                   |                      |                    |                             |                     |               |  |  |
|   |   | 咳嗽：[ なし ・ あり ]   |                            |  |                    | 喘鳴：[ なし ・ あり ]                              |                   |                      |                    |                             |                     |               |  |  |
|   |   | 運動障害：[ なし ・ あり ]   |                            |  |                    | 骨折：[ なし ・ あり ]                              |                   |                      |                    |                             |                     |               |  |  |
|   |   | 眼症状：[ なし ・ あり ]  |                            |  |                    |   |                   |                      |                    |                             |                     |               |  |  |
| 症状                                      | 耳鼻咽喉  | 難聴：[ なし ・ あり ]   |                            |  |                    |   |                   |                      |                    |                             |                     |               |  |  |
|   |   | 症状 (その他)：( )   |                            |  |                    |   |                   |                      |                    |                             |                     |               |  |  |
|   |   | 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載   |                            |  |                    |   |                   |                      |                    |                             |                     |               |  |  |
|   |   | 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 ]    |               |  |  |
|   |   |  | 肝機能障害：[ なし ・ あり ]          |  |                    |   | 消化器症状：[ なし ・ あり ] |                      |                    |                             |                     |               |  |  |
|   |   |  | 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 ] |               |  |  |
|   |   |  | 腎機能低下：[ なし ・ あり ]          |  |                    |   |                   |                      |                    |                             |                     |               |  |  |
|   |   |  | 心機能障害 (不整脈含む)：[ なし ・ あり ]  |  |                    |   | 呼吸障害：[ なし ・ あり ]  |                      |                    |                             |                     |               |  |  |
| 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 ]<br>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 )      |   |                   |                      |                    |                             |                     |               |  |  |

