

告示番号 **80** 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                                     | 1 前駆B細胞急性リンパ性白血病  |                             |      |                       |                   | 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 ]     |       |                  |                |   |   |       |  |  |  |  |
|  |   | 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):( )   |                             |      |                       |                   |   |                             |                    |       |                  |                |   |   |       |  |  |  |  |

告示番号 **80** 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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |  |
|   | 芽球比率: 骨髄: ( )% ・ 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 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )  |  |
|   | 画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>部位: ( )<br>所見: ( )  |  |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 芽球比率: 骨髄: ( )% ・ 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 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>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 ]<br>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 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>実施日: ( 年 月 日 )<br>術式: ( )  |  |
|   | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他): ( )<br>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 )<br>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<br>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<br>医師名<br>小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )   |  |

| 告示番号                                   |   | 77                          |                       | 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                                     | 2 成熟B細胞急性リンパ性白血病  |                             |                       |                   |   | 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<br>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 ]         |                             |                   |                 |
|  |   | 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):( )   |                             |                       |                   |   |                        |                             |                   |                 |

告示番号 **77** 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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |  |
|   | 芽球比率: 骨髄: ( )% ・ 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 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )  |  |
|   | 画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>部位: ( )<br>所見: ( )  |  |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 芽球比率: 骨髄: ( )% ・ 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 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>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 ]<br>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 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>実施日: ( 年 月 日 )<br>術式: ( )  |  |
|   | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他): ( )<br>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 )<br>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<br>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<br>医師名<br>小児慢性特定疾病 指定医番号 ( ) |

| 告示番号                                       |  | 81   |                                | 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   | 3 T細胞急性リンパ性白血病   |  |                                |                         |                             | 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  |                                | 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 ): ( )  |  |                                |                         |                             |   |                             |     |  |

告示番号 **81** 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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )  |  |
|   | 画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>部位: ( )<br>所見: ( )  |  |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 <sup>4</sup> /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 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>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 ]<br>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 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>実施日: ( 年 月 日 )<br>術式: ( )  |  |
|   | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他): ( )<br>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 )<br>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<br>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                |
|             | 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( ) |

| 告示番号                                       |  | 71   |                                | 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   | 4 急性骨髄性白血病、最末分化  |  |                                |                         |                             | 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  |                                | 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 ): ( )  |  |                                |                         |                             |   |                             |     |  |

告示番号 **71** 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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )  |  |
|   | 画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>部位: ( )<br>所見: ( )  |  |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 <sup>4</sup> /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 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>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 ]<br>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 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>現在の状態 (その他): ( ) |
|   |  | 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 ]<br>治療計画 (その他): ( )<br>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 ]               |
|   | 今後の治療方針  | 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 )<br>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<br>医師名<br>小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )   |  |



|             |           |                     |                               |            |
|-------------|-----------|---------------------|-------------------------------|------------|
| <b>告示番号</b> | <b>79</b> | <b>悪性新生物 ( ) 年度</b> | <b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b> | <b>1/2</b> |
|-------------|-----------|---------------------|-------------------------------|------------|

|   |  |  |                           |                     |                           |   |                             |               |     |
|---|--|--|---------------------------|---------------------|---------------------------|---|-----------------------------|---------------|-----|
| 病名                                      | <b>5 成熟を伴わない急性骨髄性白血病</b>   |  |                           |                     |                           | 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 ]                            |                             |               |     |
|   |  | 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):( )  |  |                           |                     |                           |   |                             |               |     |

告示番号 **79** 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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )  |  |
|   | 画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>部位: ( )<br>所見: ( )  |  |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 <sup>4</sup> /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 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>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 ]<br>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 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>実施日: ( 年 月 日 )<br>術式: ( )  |  |
|   | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他): ( )<br>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 )<br>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<br>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<br>医師名<br>小児慢性特定疾病 指定医番号 ( ) |

| 告示番号                                   |   | 78                          |                       | 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                                     | 6 成熟を伴う急性骨髄性白血病   |                             |                       |                    |   | 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<br>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                       | 年 月 日                 | 年 月 日              | 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):( )   |                             |                       |                    |   |                        |                             |                   |                 |

告示番号 **78** 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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |  |
|   | 芽球比率: 骨髄: ( )% ・ 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 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )  |  |
|   | 画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>部位: ( )<br>所見: ( )  |  |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 芽球比率: 骨髄: ( )% ・ 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 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>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 ]<br>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 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>実施日: ( 年 月 日 )<br>術式: ( )  |  |
|   | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他): ( )<br>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 )<br>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<br>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<br>医師名<br>小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )   |  |

| 告示番号                                   |   | 74                          |                       | 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                                     | 7 急性前骨髄球性白血病  |                             |                       |                   |   | 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<br>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 ]                 |                             |           |                 |
|  |   | 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):( )   |                             |                       |                   |   |                                |                             |           |                 |

告示番号 **74** 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<br>フィブリノゲン: ( )mg/dL   | ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL<br>FDP: ( )μg/mL・未実施               | 血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL |
| 病理検査                                       | 骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見: ( )   | 実施日: ( 年 月 日 )  |                               |
|  | 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 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )                           |   |                               |
|  | 画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>部位: ( )<br>所見: ( )                                      | 実施日: ( 年 月 日 )  |                               |
| 遺伝学的検査                                     | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見: ( )  | 実施日: ( 年 月 日 )  |                               |
|  | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見: ( )  | 実施日: ( 年 月 日 )  |                               |
| 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<br>フィブリノゲン: ( )mg/dL   | ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL<br>FDP: ( )μg/mL・未実施               | 血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /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 ]<br>所見: ( )  | 実施日: ( 年 月 日 )  |                               |
|  | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見: ( )  | 実施日: ( 年 月 日 )  |                               |
| 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 ]<br>詳細: ( )   |   |                               |
| 経過 (申請時) ※直近の状況を記載                         |   |   |                               |
| 積極的治療の<br>施行施設                             | 治療施設: [ 自施設 ・ 他施設 ・ 不明 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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                |  |  |
|             | 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( ) |  |  |

告示番号 **72** 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                                      | <b>8 急性骨髄単球性白血病</b>  |  |                         |                           |                           | 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                                    |                         | 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):( )  |  |                         |                           |                           |   |                             |   |

告示番号 **72** 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 <sup>4</sup> /μL  |   |
| 病理検査                                    | 骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )  |   |
|   | 画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>部位: ( )<br>所見: ( )  |   |
| 遺伝学的検査                                  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |   |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 <sup>4</sup> /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 )<br>所見: ( )  |   |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>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 ]<br>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 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>現在の状態 (その他): ( )  |
|   |  | 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 ]<br>治療計画 (その他): ( )<br>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 ]<br>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 ]<br>今後の治療方針: ( ) |
|   | 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 )<br>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                |
|             | 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( ) |



|             |           |              |            |           |                               |            |
|-------------|-----------|--------------|------------|-----------|-------------------------------|------------|
| <b>告示番号</b> | <b>75</b> | <b>悪性新生物</b> | <b>( )</b> | <b>年度</b> | <b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b> | <b>1/2</b> |
|-------------|-----------|--------------|------------|-----------|-------------------------------|------------|

|  |  |  |                                 |                                       |   |                      |                             |            |                   |
|--|--|--|---------------------------------|---------------------------------------|---|----------------------|-----------------------------|------------|-------------------|
| <b>病名</b>                                      | <b>9 急性単球性白血病</b>  |  |                                 |                                       |   | <b>受付種別</b>          | <input type="checkbox"/> 新規 |            |                   |
| <b>受給者番号</b>                                   |  |  |                                 | <b>受診日</b>                            | 年 月 日                                       |                      |                             |            |                   |
| <b>ふりがな</b>                                    |  |  |                                 |                                       | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |                      |                             |            |                   |
| <b>氏名</b><br>(Alphabet)                        |  |  |                                 |                                       |   |                      |                             |            |                   |
| <b>生年月日</b>                                    | 年 月 日  | <b>意見書記載時の年齢</b>                         |                                 |                                       | 歳 か月 日                                      | <b>性別</b>            | 男 ・ 女 ・ 性別未決定               |            |                   |
| <b>出生体重</b>                                    | g  | <b>出生週数</b>                              | 在胎 週 日                          | <b>出生時に住民登録をした所</b> ( ) 都道府県 ( ) 市区町村 |   |                      |                             |            |                   |
| <b>現在の身長・体重</b>                                | <b>身長 (測定日)</b>  | cm ( SD)                                 |                                 |                                       | <b>体重 (測定日)</b>                             | kg ( SD)             |                             | <b>BMI</b> |                   |
|  | 年 月 日  | 年 月 日                                    | 年 月 日                           | 年 月 日                                 | 年 月 日                                       | 肥満度                  | %                           |            |                   |
| <b>発病時期</b>                                    | 年 月 頃  | <b>初診日</b>                               | 年 月 日                           |                                       |   |                      |                             |            |                   |
| <b>就学・就労状況</b>                                 | 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 ( ) |  |                                 |                                       |   |                      |                             |            |                   |
| <b>手帳取得状況</b>                                  | <b>身体障害者手帳</b>   | なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級) |                                 |                                       |   | <b>療育手帳</b>          | なし ・ あり                     |            |                   |
|  | <b>精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)</b>   | なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)                |                                 |                                       |   |                      |                             |            |                   |
| <b>現状評価</b>                                    | 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能  |  |                                 |                                       | <b>運動制限の必要性</b>                             |                      | 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               |            |                   |
| <b>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</b> |  |  |                                 |                                       |   |                      |                             |            |                   |
| <b>症状</b>                                      | <b>全身</b>  | 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 ]                       |                                 |                                       |   |                      |                             |            |                   |
|  | <b>消化器</b>   | 肝腫大(触診):[ なし ・ あり ]                      |                                 | 脾腫大(触診):[ なし ・ あり ]                   |   |                      |                             |            |                   |
|  | <b>腎・泌尿器</b>   | 精巣腫大(男子):[ なし ・ あり ]                     |                                 |                                       |   |                      |                             |            |                   |
|  | <b>精神・神経</b>   | 中枢神経浸潤:[ なし ・ あり ]                       |                                 |                                       |   |                      |                             |            |                   |
|  | <b>その他</b>   |  | 胸腺腫大:[ なし ・ あり ]<br>症状(その他):( ) |                                       |   |                      |                             |            |                   |
| <b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>                    |  |  |                                 |                                       |   |                      |                             |            |                   |
| <b>症状</b>                                      | <b>全身</b>  | 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 ]                       |                                 |                                       |   |                      |                             |            |                   |
|  | <b>消化器</b>   | 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 ]                        |                                 |                                       |   |                      |                             |            |                   |
|  | <b>内分泌・代謝</b>  | 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 ]  |                             |            |                   |
|  | <b>腎・泌尿器</b>   | 精巣腫大(男子):[ なし ・ あり ]                     |                                 |                                       |   |                      |                             |            | 腎機能低下:[ なし ・ あり ] |
|  | <b>呼吸器・循環器</b>   | 心機能障害(不整脈含む):[ なし ・ あり ]                 |                                 |                                       |   | 呼吸障害:[ なし ・ あり ]     |                             |            |                   |
|  | <b>筋・骨格</b>  | 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 ] |                             |            |                   |
|  | <b>皮膚・粘膜</b>   | 皮膚障害:[ なし ・ あり ]                         |                                 |                                       |   |                      |                             |            | 毛髪異常:[ なし ・ あり ]  |
| <b>精神・神経</b>                                   | 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 ]<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 ]                      |  |                                 |                                       |   |                      |                             |            |                   |
| <b>耳鼻咽喉</b>                                    | 聴力障害:[ なし ・ あり ]   |  |                                 |                                       |   |                      |                             |            |                   |
| <b>その他</b>                                     | 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 ]<br>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):( )  |  |                                 |                                       |   |                      |                             |            |                   |

告示番号 **75** 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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )  |  |
|   | 画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>部位: ( )<br>所見: ( )  |  |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 <sup>4</sup> /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 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>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 ]<br>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 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>実施日: ( 年 月 日 )<br>術式: ( )  |  |
|   | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他): ( )<br>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 )<br>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<br>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<br>医師名<br>小児慢性特定疾病 指定医番号 ( ) |

告示番号 **73** 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                                      | <b>10 急性赤白血病</b>   |  |           |                           |                     | 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                                    |           |                           | 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 ]              |                      |               |  |
|   | 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):( )  |  |           |                           |                     |   |                             |                      |               |  |

告示番号 **73** 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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |  |
|   | 芽球比率: 骨髄: ( )% ・ 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 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )  |  |
|   | 画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>部位: ( )<br>所見: ( )  |  |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 芽球比率: 骨髄: ( )% ・ 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 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>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 ]<br>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 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>現在の状態 (その他): ( ) |
|   |  | 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 ]<br>治療計画 (その他): ( )<br>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 ]               |
|   | 今後の治療方針  | 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 )<br>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<br>医師名<br>小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )   |  |

|             |           |              |            |           |                               |            |
|-------------|-----------|--------------|------------|-----------|-------------------------------|------------|
| <b>告示番号</b> | <b>70</b> | <b>悪性新生物</b> | <b>( )</b> | <b>年度</b> | <b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b> | <b>1/2</b> |
|-------------|-----------|--------------|------------|-----------|-------------------------------|------------|

|   |  |  |      |                           |                         |   |                             |      |                           |                      |      |   |                    |       |  |
|---|--|--|------|---------------------------|-------------------------|---|-----------------------------|------|---------------------------|----------------------|------|---|--------------------|-------|--|
| 病名                                      | <b>11 急性巨核芽球性白血病</b>   |  |      |                           |                         | 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                       | 肥満度                  |      | % |                    |       |  |
|   |  | 年  | 月    | 日                         |                         | 年   | 月                           | 日    |                           |                      |      |   |                    |       |  |
| 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):( )  |  |      |                           |                         |   |                             |      |                           |                      |      |   |                    |       |  |

告示番号 **70** 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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )  |  |
|   | 画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>部位: ( )<br>所見: ( )  |  |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 <sup>4</sup> /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 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>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 ]<br>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 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>実施日: ( 年 月 日 )<br>術式: ( )  |  |
|   | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他): ( )<br>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 )<br>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<br>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<br>医師名<br>小児慢性特定疾病 指定医番号 ( ) |

| 告示番号                                   |   | 82                          |                    | 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                                     | 12 NK (ナチュラルキラー) 細胞白血病  |                             |                    |                       |   | 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<br>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 ]     |                  |   |
|  |   | 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):( )   |                             |                    |                       |   |                                |                             |                    |                  |   |

告示番号 **82** 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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 骨髓検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )  |  |
|   | 画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>部位: ( )<br>所見: ( )  |  |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 <sup>4</sup> /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 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>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 ]<br>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 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>実施日: ( 年 月 日 )<br>術式: ( )  |  |
|   | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他): ( )<br>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 )<br>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<br>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                |
|             | 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( ) |



|             |           |              |     |           |                               |            |
|-------------|-----------|--------------|-----|-----------|-------------------------------|------------|
| <b>告示番号</b> | <b>83</b> | <b>悪性新生物</b> | ( ) | <b>年度</b> | <b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b> | <b>1/2</b> |
|-------------|-----------|--------------|-----|-----------|-------------------------------|------------|

|   |  |  |                           |                     |                           |   |                             |                    |  |
|---|--|--|---------------------------|---------------------|---------------------------|---|-----------------------------|--------------------|--|
| 病名                                      | <b>13 慢性骨髄性白血病</b>   |  |                           |                     |                           | 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 ]                            |                             |                    |  |
|   |  | 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 ]                     |                           |                     |                           |   |                             |                    |  |
|   | 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):( )  |  |                           |                     |                           |   |                             |                    |  |

告示番号 **83** 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 <sup>4</sup> /μL   |
| 病理検査                                    | 骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 )<br>所見: ( )  |
|   | 芽球比率: 骨髄: (      )% ・ 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 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )   |
|   | 画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 )<br>部位: ( )<br>所見: ( )   |
| 遺伝学的検査                                  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 )<br>所見: ( )   |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 )<br>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 <sup>4</sup> /μL   |
| 病理検査                                    | 芽球比率: 骨髄: (      )% ・ 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 )<br>所見: ( )   |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: (      年      月      日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>実施日: (      年      月      日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 )<br>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<br>医師名<br>小児慢性特定疾病 指定医番号 (      ) |

|             |           |              |     |           |                               |            |
|-------------|-----------|--------------|-----|-----------|-------------------------------|------------|
| <b>告示番号</b> | <b>84</b> | <b>悪性新生物</b> | ( ) | <b>年度</b> | <b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b> | <b>1/2</b> |
|-------------|-----------|--------------|-----|-----------|-------------------------------|------------|

|  |   |                             |                       |                   |                         |   |                             |                 |  |
|--|---|-----------------------------|-----------------------|-------------------|-------------------------|---|-----------------------------|-----------------|--|
| 病名                                     | <b>14 慢性骨髄単球性白血病</b>  |                             |                       |                   |                         | 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<br>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 ]                              |                             |                 |  |
|  |   | 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):( )   |                             |                       |                   |                         |   |                             |                 |  |

告示番号 **84** 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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |  |
|   | 芽球比率: 骨髄: ( )% ・ 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 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )  |  |
|   | 画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>部位: ( )<br>所見: ( )  |  |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 芽球比率: 骨髄: ( )% ・ 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 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>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 ]<br>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 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>実施日: ( 年 月 日 )<br>術式: ( )  |  |
|   | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他): ( )<br>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 )<br>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<br>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<br>医師名<br>小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )   |  |

| 告示番号                                   |   | 76                          |                       | 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                                     | 15 若年性骨髄単球形白血病  |                             |                       |                   |   | 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<br>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<br>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):( )   |                             |                       |                   |   |                                |                             |           |                 |  |  |

告示番号 **76** 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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |  |
|   | 芽球比率: 骨髄: ( )% ・ 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 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )  |  |
|   | 画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>部位: ( )<br>所見: ( )  |  |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 芽球比率: 骨髄: ( )% ・ 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 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>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 ]<br>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 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>現在の状態 (その他): ( ) |
|   |  | 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 ]<br>治療計画 (その他): ( )<br>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 ]               |
|   | 今後の治療方針  | 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 )<br>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<br>医師名<br>小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )   |  |

| 告示番号                                   |   | 85                          |                       | 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                                     | 16 1から15までに掲げるもののほか、白血病<br>(具体的な疾病名: )  |                             |                       |                   |                         | 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                       |                       | 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                                   | 治療・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):( )   |                             |                       |                   |                         |   |                             |                |  |

告示番号 **85** 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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |  |
|   | 芽球比率: 骨髄: ( )% ・ 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 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )  |  |
|   | 画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>部位: ( )<br>所見: ( )  |  |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 芽球比率: 骨髄: ( )% ・ 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 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>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 ]<br>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 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>実施日: ( 年 月 日 )<br>術式: ( )  |  |
|   | 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 ]<br>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 ]<br>現在の状態 (その他): ( ) |
|   |  | 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 ]<br>治療計画 (その他): ( )<br>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 ]               |
|   | 今後の治療方針  | 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 ]<br>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 )<br>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<br>医師名<br>小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )   |  |



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) **1/2**

|   |  |  |                           |                     |                           |   |                             |                    |  |
|---|--|--|---------------------------|---------------------|---------------------------|---|-----------------------------|--------------------|--|
| 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<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                                    |                           | 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):( )  |  |                           |                     |                           |   |                             |                    |  |

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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |  |
|   | 芽球比率: 骨髄: ( )% ・ 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 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )  |  |
|   | 画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>部位: ( )<br>所見: ( )  |  |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 <sup>4</sup> /μL  |  |
| 病理検査  | 芽球比率: 骨髄: ( )% ・ 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 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>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 ]<br>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 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>現在の状態 (その他): ( ) |
|   |  | 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 ]<br>治療計画 (その他): ( )<br>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 ]               |
|   | 今後の治療方針  | 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 )<br>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<br>医師名<br>小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )   |  |

| 告示番号   |  | 86  |                           | 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   | 18 成熟B細胞リンパ腫   |   |                           |                       |                             | 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                                     |                           | 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 ]        |                             |   |                             |               |  |  |
|  |  | 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 ]     |                       |                             |   |                             |               |  |  |
| 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  | 他の節外病変: [ なし ・ あり ]<br>部位: ( )<br>胸腺腫大: [ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>詳細: ( )<br>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 ]<br>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   | 可溶性IL-2レセプター: ( )U/mL ・ 未実施  |   |                           |                       |                             |   |                             |               |  |  |
| 病理検査   | 組織診: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |   |                           |                       |                             |   |                             |               |  |  |

告示番号 **86** 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**

|                        |   |
|------------------------|---|
| 細胞表面抗原検査               | リンパ球サブセット解析: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )   |
| 画像検査                   | 超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |
|                        | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |
| 遺伝学的検査                 | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |
|                        | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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                   | 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: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |
|                        | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |
| 遺伝学的検査                 | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |
|                        | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 )<br>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<br>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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

|             |           |              |     |           |                              |            |
|-------------|-----------|--------------|-----|-----------|------------------------------|------------|
| <b>告示番号</b> | <b>90</b> | <b>悪性新生物</b> | ( ) | <b>年度</b> | <b>小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉</b> | <b>1/2</b> |
|-------------|-----------|--------------|-----|-----------|------------------------------|------------|

|  |  |  |                           |                         |                      |   |                             |         |         |               |   |   |   |       |  |
|--|--|--|---------------------------|-------------------------|----------------------|---|-----------------------------|---------|---------|---------------|---|---|---|-------|--|
| 病名   | 19 未分化大細胞リンパ腫  |  |                           |                         |                      | 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   | 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 ]          |                      |   |                             |         |         |               |   |   |   |       |  |
|  |  | 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 ]      |                         |                      |   |                             |         |         |               |   |   |   |       |  |
| 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  | 他の節外病変:[ なし ・ あり ]   |  |                           |                         |                      |   |                             |         |         |               |   |   |   |       |  |
|  | 部位:( )   |  |                           |                         |                      |   |                             |         |         |               |   |   |   |       |  |
| 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 (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   | 可溶性IL-2レセプター:( )U/mL ・ 未実施   |  |                           |                         |                      |   |                             |         |         |               |   |   |   |       |  |
| 病理検査   | 組織診:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 部位:( )<br>所見:( )  |  |                           |                         |                      |   |                             |         |         |               |   |   |   |       |  |

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 (新規申請用) **2/2**

|                        |   |
|------------------------|---|
| 細胞表面抗原検査               | リンパ球サブセット解析: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )   |
| 画像検査                   | 超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |
|                        | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |
| 遺伝学的検査                 | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |
|                        | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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                   | 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: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |
|                        | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |
| 遺伝学的検査                 | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |
|                        | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 )<br>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<br>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 \_\_\_\_\_  
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( \_\_\_\_\_ )

| 告示番号  |   | 88                          |                         | 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  | 20 Bリンパ芽球性リンパ腫  |                             |                         |                         |                           | 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<br>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<br>(測定日)   | cm ( SD)                    |                         |                         | 体重<br>(測定日)               | kg ( SD)                                    |                             |       | BMI<br>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 ]            |                           |   |                             |       |                 |  |
|   |   | 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 ]      |                         |                           |   |                             |       |                 |  |
| 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   | 他の節外病変: [ なし・あり ]   |                             |                         |                         |                           |   |                             |       |                 |  |
|   | 部位:( )<br>胸腺腫大: [ なし・あり ]<br>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 ]         |                         |                         |                           |   |                             |       |                 |  |
|   | 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 ]             |                         |                         |                           |   |                             |       |                 |  |
| 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(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  | 可溶性IL-2レセプター:( )U/mL ・ 未実施  |                             |                         |                         |                           |   |                             |       |                 |  |
| 病理検査  | 組織診: [ 未実施・実施 ] 実施日:( )年( )月( )日 部位:( )<br>所見:( )   |                             |                         |                         |                           |   |                             |       |                 |  |

告示番号 **88** 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**

|                        |   |
|------------------------|---|
| 細胞表面抗原検査               | リンパ球サブセット解析: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )   |
| 画像検査                   | 超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |
|                        | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )                                    |
| 遺伝学的検査                 | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |
|                        | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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                   | 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: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |
|                        | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )                                    |
| 遺伝学的検査                 | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |
|                        | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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<br>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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



|             |           |                  |           |                              |            |
|-------------|-----------|------------------|-----------|------------------------------|------------|
| <b>告示番号</b> | <b>87</b> | <b>悪性新生物</b> ( ) | <b>年度</b> | <b>小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉</b> | <b>1/2</b> |
|-------------|-----------|------------------|-----------|------------------------------|------------|

|  |   |                             |                       |                      |                         |   |                             |                   |           |  |  |  |
|--|---|-----------------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|---|-----------------------------|-------------------|-----------|--|--|--|
| 病名   | 21 Tリンパ芽球性リンパ腫  |                             |                       |                      |                         | 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                |                         | 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 ]         |                         |   |                             |                   |           |  |  |  |
|  |   | 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 ]     |                      |                         |   |                             |                   |           |  |  |  |
| 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  | 他の節外病変:[ なし・あり ]  |                             |                       |                      |                         |   |                             |                   |           |  |  |  |
|  | 部位:( )  |                             |                       |                      |                         |   |                             |                   |           |  |  |  |
| 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(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   | 可溶性IL-2レセプター:( )U/mL ・ 未実施  |                             |                       |                      |                         |   |                             |                   |           |  |  |  |
| 病理検査   | 組織診:[ 未実施・実施 ] 実施日:( )年 月 日 部位:( )<br>所見:( )  |                             |                       |                      |                         |   |                             |                   |           |  |  |  |

告示番号 **87** 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**

|                        |   |
|------------------------|---|
| 細胞表面抗原検査               | リンパ球サブセット解析: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )   |
| 画像検査                   | 超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |
|                        | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |
| 遺伝学的検査                 | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |
|                        | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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                   | 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: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |
|                        | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |
| 遺伝学的検査                 | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |
|                        | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 )<br>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<br>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 \_\_\_\_\_  
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( \_\_\_\_\_ )

|             |           |                     |                               |            |
|-------------|-----------|---------------------|-------------------------------|------------|
| <b>告示番号</b> | <b>89</b> | <b>悪性新生物 ( ) 年度</b> | <b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b> | <b>1/2</b> |
|-------------|-----------|---------------------|-------------------------------|------------|

|  |   |                             |                       |                       |                         |   |                             |                  |           |           |  |
|--|---|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|---|-----------------------------|------------------|-----------|-----------|--|
| 病名   | 22 ホジキン (Hodgkin) リンパ腫  |                             |                       |                       |                         | 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   | 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 ]          |                         |   |                             |                  |           |           |  |
|  |   | 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 ]     |                       |                         |   |                             |                  |           |           |  |
| 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  | 他の節外病変:[ なし・あり ]  |                             |                       |                       |                         |   |                             |                  |           |           |  |
|  | 部位:( )  |                             |                       |                       |                         |   |                             |                  |           |           |  |
| 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(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   | 可溶性IL-2レセプター:( )U/mL・未実施  |                             |                       |                       |                         |   |                             |                  |           |           |  |
| 病理検査   | 組織診:[ 未実施・実施 ] 実施日:( )年( )月( )日 部位:( )  |                             |                       |                       |                         |   |                             |                  |           |           |  |
| 所見:( )   |   |                             |                       |                       |                         |   |                             |                  |           |           |  |

告示番号 **89** 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**

|   |  |  |
|---|--|--|
| 細胞表面抗原検査  | リンパ球サブセット解析: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )  |  |
| 画像検査  | 超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |  |
|   | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |  |
|   | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |  |
|   | 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |  |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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  | 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: ( )<br>所見: ( )  |  |
|   | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |  |
|   | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |  |
|   | 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |  |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |  |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>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 ]<br>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 )<br>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 ]<br>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 ]<br>現在の状態 (その他): ( ) |
|   |  | 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 ]<br>治療計画 (その他): ( )<br>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 ]               |
|   | 今後の治療方針  | 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 ]<br>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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号  |  | 91                                       |                             | 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  | 23 18から22までに掲げるもののほか、リンパ腫<br>(具体的な疾病名: )   |  |                             |                           |                      | 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                       |                           | 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  | 治療 ・ 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 ]           |                      |   |                             |     |  |  |
|   |  | 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 ]       |                           |                      |   |                             |     |  |  |
| 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   | 他の節外病変: [ なし ・ あり ]  |  |                             |                           |                      |   |                             |     |  |  |
|   | 部位: ( )  |  |                             |                           |                      |   |                             |     |  |  |
| 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 (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  | 可溶性IL-2レセプター: ( ) U/mL ・ 未実施   |  |                             |                           |                      |   |                             |     |  |  |
| 病理検査  | 組織診: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |  |                             |                           |                      |   |                             |     |  |  |

告示番号 **91** 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**

|                        |   |
|------------------------|---|
| 細胞表面抗原検査               | リンパ球サブセット解析: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )   |
| 画像検査                   | 超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |
|                        | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |
| 遺伝学的検査                 | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |
|                        | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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                   | 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: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |
|                        | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |
|                        | 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |
| 遺伝学的検査                 | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )   |
|                        | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 )<br>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<br>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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                   |   | 46                          |                      | 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                                     | 24 ランゲルハンス (Langerhans) 細胞組織球症  |                             |                      |                       |   | 受付種別                           | <input type="checkbox"/> 新規 |                 |                  |           |  |
| 受給者番号                                  |   |                             | 受診日                  | 年 月 日                 |   |                                |                             |                 |                  |           |  |
| ふりがな                                   |   |                             |                      |                       | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |                                |                             |                 |                  |           |  |
| 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                       |                      |                       | 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 ]                           |                                |                             |                 |                  |           |  |
|  | 内分泌・代謝  | 尿崩症:[ なし・あり ]               |                      |                       |   |                                |                             |                 |                  |           |  |
|  | 筋・骨格  | 骨病変:[ なし・あり ]               |                      |                       |   |                                |                             |                 |                  |           |  |
|  | 皮膚・粘膜   | 皮膚症状:[ なし・あり ]              |                      |                       |   |                                |                             |                 |                  |           |  |
|  | 精神・神経   | 中枢神経浸潤:[ 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  | 尿崩症:[ 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・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 ]          |                 |                  |           |  |
|  | 骨病変:[ なし・あり ]   |                             |                      |                       |   |                                |                             |                 |                  |           |  |
| 皮膚・粘膜                                  | 皮膚症状:[ なし・あり ]  |                             |                      |                       |   |                                |                             |                 |                  |           |  |
|  | 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(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 <sup>4</sup> /μL                |                                | CRP:( )mg/dL                |                 |                  |           |  |
|  | フィブリノゲン:( )mg/dL  |                             | 可溶性IL-2レセプター:( )U/mL |                       | 未実施   |                                | フェリチン:( )ng/mL              |                 | 未実施              |           |  |
| 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:( )  |                             |                      |                       |   |                                |                             |                 |                  |           |  |
|  | 芽球比率:骨髄:( )%・未実施  |                             | 末梢血:( )%・未実施         |                       |   |                                |                             |                 |                  |           |  |

告示番号 **46** 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**

|   |  |   |
|---|--|---|
| 細胞表面抗原検査  | リンパ球サブセット解析: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )  |   |
| 感染症免疫学的検査   | ウイルス検査: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見: ( )  |   |
| 画像検査  | 超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |   |
|   | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |   |
|   | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |   |
|   | 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |   |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |   |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 <sup>4</sup> /μL CRP: ( )mg/dL<br>フィブリノゲン: ( )mg/dL 可溶性IL-2レセプター: ( )U/mL ・ 未実施 フェリチン: ( )ng/mL ・ 未実施   |   |
| 感染症免疫学的検査   | ウイルス検査: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見: ( )  |   |
| 画像検査  | 超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |   |
|   | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |   |
|   | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |   |
|   | 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |   |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |   |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>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 ]<br>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 )<br>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 ]<br>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): ( )<br>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 )<br>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<br>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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



| 告示番号                                   |   | 45                          |                       | 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                                     | 25 血球貪食性リンパ組織球症   |                             |                       |                   |   | 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<br>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                       | 年 月 日                 | 年 月 日             | 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 ] |   |                        |                             |          |                 |
|  | 内分泌・代謝  | 尿崩症:[ なし・あり ]               |                       |                   |   |                        |                             |          |                 |
|  | 筋・骨格  | 骨病変:[ なし・あり ]               |                       |                   |   |                        |                             |          |                 |
|  | 皮膚・粘膜   | 皮膚症状:[ なし・あり ]              |                       |                   |   |                        |                             |          |                 |
|  | 精神・神経   | 中枢神経浸潤:[ 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 ]     |                       | 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  | 尿崩症:[ 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・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 ]     |                             |          |                 |
|  | 骨病変:[ なし・あり ]   |                             |                       |                   |   |                        |                             |          |                 |
| 皮膚・粘膜                                  | 皮膚症状:[ なし・あり ]  |                             |                       |                   |   |                        |                             |          |                 |
|  | 皮膚障害:[ なし・あり ]  |                             | 皮膚障害:[ なし・あり ]        |                   | 毛髪異常:[ なし・あり ]                              |                        |                             |          |                 |
| 精神・神経                                  | 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(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 <sup>4</sup> /μL                |                        | CRP:( )mg/dL                |          |                 |
|  | フィブリノゲン:( )mg/dL  |                             | 可溶性IL-2レセプター:( )U/mL  |                   | 未実施   |                        | フェリチン:( )ng/mL              |          |                 |
|  | 未実施   |                             | 未実施                   |                   | 未実施   |                        | 未実施                         |          |                 |
| 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:( )  |                             |                       |                   |   |                        |                             |          |                 |
|  | 芽球比率:骨髄:( )%・未実施  |                             | 末梢血:( )%・未実施          |                   |   |                        |                             |          |                 |

告示番号 **45** 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**

|   |  |   |
|---|--|---|
| 細胞表面抗原検査  | リンパ球サブセット解析: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )  |   |
| 感染症免疫学的検査   | ウイルス検査: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見: ( )  |   |
| 画像検査  | 超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |   |
|   | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |   |
|   | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |   |
|   | 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |   |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |   |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 <sup>4</sup> /μL CRP: ( )mg/dL<br>フィブリノゲン: ( )mg/dL 可溶性IL-2レセプター: ( )U/mL ・ 未実施 フェリチン: ( )ng/mL ・ 未実施   |   |
| 感染症免疫学的検査   | ウイルス検査: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見: ( )  |   |
| 画像検査  | 超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |   |
|   | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |   |
|   | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |   |
|   | 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |   |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |   |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>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 ]<br>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 )<br>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 ]<br>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): ( )<br>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 )<br>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<br>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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

|      |           |                                     |     |
|------|-----------|-------------------------------------|-----|
| 告示番号 | <b>47</b> | 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                                     | 26 24及び25に掲げるもののほか、組織球症<br>(具体的な疾病名: )  |                             |  |                              | 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                       |  | 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 ]            |   |                             |                  |   |
|  | 内分泌・代謝  | 尿崩症:[ なし・あり ]               |  |                              |   |                             |                  |   |
|  | 筋・骨格  | 骨病変:[ なし・あり ]               |  |                              |   |                             |                  |   |
|  | 皮膚・粘膜   | 皮膚症状:[ なし・あり ]              |  |                              |   |                             |                  |   |
|  | 精神・神経   | 中枢神経浸潤:[ 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 ]     |  | 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  | 尿崩症:[ 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・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 ]          |                  |   |
|  | 骨病変:[ なし・あり ]   |                             |  |                              |   |                             |                  |   |
| 皮膚・粘膜                                  | 皮膚症状:[ なし・あり ]  |                             | 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(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 <sup>4</sup> /μL | CRP:( )mg/dL                                |                             |                  |   |
|  | フィブリノゲン:( )mg/dL  | 可溶性IL-2レセプター:( )U/mL        |  | 未実施                          | フェリチン:( )ng/mL                              |                             | 未実施              |   |
| 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:( )  |                             |  |                              |   |                             |                  |   |
|  | 芽球比率:骨髓:( )%・未実施  |                             | 末梢血:( )%・未実施   |                              |   |                             |                  |   |

告示番号 **47** 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**

|   |  |   |
|---|--|---|
| 細胞表面抗原検査  | リンパ球サブセット解析: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )  |   |
| 感染症免疫学的検査   | ウイルス検査: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見: ( )  |   |
| 画像検査  | 超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |   |
|   | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |   |
|   | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |   |
|   | 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |   |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |   |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 <sup>4</sup> /μL CRP: ( )mg/dL<br>フィブリノゲン: ( )mg/dL 可溶性IL-2レセプター: ( )U/mL ・ 未実施 フェリチン: ( )ng/mL ・ 未実施   |   |
| 感染症免疫学的検査   | ウイルス検査: [ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見: ( )  |   |
| 画像検査  | 超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |   |
|   | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |   |
|   | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )  |   |
|   | 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )<br>所見: ( )   |   |
| 遺伝学的検査  | 染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |   |
|   | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>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 ]<br>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 )<br>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 ]<br>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): ( )<br>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 )<br>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<br>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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                    |  | 20  |      | 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                                      | 27 神経芽腫  |   |      |                           |                   |              |   | 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   |      |                           | 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 ]                              |      |                           |                   |              |   |                         |                             |                        |  |     |  |
|   | 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 )             |                   |              |   |                         |                             |                        |  |     |  |

告示番号 **20** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                    |  | 21  |      | 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                                      | 28 神経節芽腫   |   |      |                           |                   |                      |                           | 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                     |                   | 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 )             |                   |                      |                           |   |                             |                        |  |     |  |

告示番号 **21** 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 )<br>所見 : ( )  |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )   |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )  |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |  |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



| 告示番号                                   |   | 40                                |                    | 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                                     | 29 網膜芽細胞腫   |                                   |                    |                       |                     | 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 ]                  |                    |                       |                     |   |                             |                      |     |           |  |  |
|  | 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          |                     |   |                             |                      |     |           |  |  |

告示番号 **40** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                   |   | 5                                 |    | 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                                     | 30 ウィルムス (Wilms) 腫瘍/腎芽腫   |                                   |    |                       |                 | 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   | 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      |                 |   |                             |                      |           |           |   |

告示番号 **5** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

告示番号 **23** 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                                      | 31 腎明細胞肉腫  |   |                         |                           |                           | 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   |                         |                           | 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 ]<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 )           |                           |                           |   |                             |               |   |  |

告示番号 **23** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                   |   | 22                                |      | 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                                     | 32 腎細胞癌   |                                   |      |                       |                 |              |   | 受付種別                 | <input type="checkbox"/> 新規 |                        |  |     |           |  |
| 受給者番号                                  |   |                                   |      | 受診日                   | 年 月 日           |              |   |                      |                             |                        |  |     |           |  |
| ふりがな                                   |   |                                   |      |                       |                 |              | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |                      |                             |                        |  |     |           |  |
| 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    |                             |                        |  |     |           |  |
| 現在の身長・体重                               | 身長<br>(測定日)   | cm ( SD)                          |      |                       | 体重<br>(測定日)     | kg ( SD)     |   |                      | BMI                         |                        |  |     |           |  |
| 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          |                 |              |   |                      |                             |                        |  |     |           |  |

告示番号 **22** 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 )<br>所見 : ( )  |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )   |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )  |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |  |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



|             |          |              |            |           |                       |                |            |
|-------------|----------|--------------|------------|-----------|-----------------------|----------------|------------|
| <b>告示番号</b> | <b>9</b> | <b>悪性新生物</b> | <b>( )</b> | <b>年度</b> | <b>小児慢性特定疾病 医療意見書</b> | <b>〈新規申請用〉</b> | <b>1/2</b> |
|-------------|----------|--------------|------------|-----------|-----------------------|----------------|------------|

|  |  |   |                         |                           |                           |   |                             |   |
|--|--|---|-------------------------|---------------------------|---------------------------|---|-----------------------------|---|
| 病名   | <b>33 肝芽腫</b>  |   |                         |                           |                           | 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   |                         | 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               |   |
| <b>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</b> |  |   |                         |                           |                           |   |                             |   |
| 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):( )   |   |                         |                           |                           |   |                             |   |
| <b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>                    |  |   |                         |                           |                           |   |                             |   |
| 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):( )   |   |                         |                           |                           |   |                             |   |
| <b>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</b> |  |   |                         |                           |                           |   |                             |   |
| 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 )           |                           |                           |   |                             |   |

告示番号 **9** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

告示番号 **10** 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                                      | <b>34 肝細胞癌</b>   |   |                           |                   |                           | 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             |                           | 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 ]<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 )             |                   |                           |   |                             |               |     |  |

告示番号 **10** 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 )<br>所見 : ( )  |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )   |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )  |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |  |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>術式 : ( )  |
|   | 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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 ]<br>今後の治療方針 : ( ) |
| 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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                    |  | 15  |       | 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                                      | 35 骨肉腫   |   |       |                           |                   |              |   | 受付種別                    | <input type="checkbox"/> 新規 |                        |  |     |  |
| 受給者番号                                   |  |   |       | 受診日                       | 年 月 日             |              |   |                         |                             |                        |  |     |  |
| ふりがな                                    |  |   |       |                           |                   |              | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |                         |                             |                        |  |     |  |
| 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 |                           | 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 ]<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 )             |                   |              |   |                         |                             |                        |  |     |  |

告示番号 **15** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                       |  | 14   |                           | 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   | 36 骨軟骨腫症   |  |                           |                    |   | 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  |                           | 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 ]                                |                           |                    |   |                            |                             |               |  |  |
|  | 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            |                    |   |                            |                             |               |  |  |

告示番号 **14** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 )<br>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<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



| 告示番号                                    |  | 32  |           | 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                                      | 37 軟骨肉腫  |   |           |                           |                   | 受付種別  | <input type="checkbox"/> 新規 |                         |               |  |  |  |
| 受給者番号                                   |  |   |           | 受診日                       | 年 月 日             |   |                             |                         |               |  |  |  |
| ふりがな                                    |  |   |           |                           |                   | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |                             |                         |               |  |  |  |
| 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                     |                   | 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 ]                              |           |                           |                   |   |                             |                         |               |  |  |  |
|   | 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 )             |                   |   |                             |                         |               |  |  |  |

告示番号 **32** 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 )<br>所見 : ( )  |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )   |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )  |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |  |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>術式 : ( )  |
|   | 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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 ]<br>今後の治療方針 : ( ) |
| 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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

告示番号 **31** 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                                     | <b>38 軟骨芽細胞腫</b>  |                                   |                       |                 |                         | 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 ]                  |                       |                 |                         |   |                             |           |     |  |
|  | 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            |   |                             |           |     |  |

告示番号 **31** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                   |   | 3                                 |           | 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                                     | 39 悪性骨巨細胞腫  |                                   |           |                       |                 | 受付種別  | <input type="checkbox"/> 新規 |                      |           |           |  |  |
| 受給者番号                                  |   |                                   | 受診日       | 年 月 日                 |                 |   |                             |                      |           |           |  |  |
| ふりがな                                   |   |                                   |           |                       |                 | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |                             |                      |           |           |  |  |
| 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                             |           |                       | 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 ]                    |           |                       |                 |   |                             |                      |           |           |  |  |
|  | 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          |                 |   |                             |                      |           |           |  |  |

告示番号 **3** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                    |  | 41  |                           | 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                                      | 40 ユーイング (Ewing) 肉腫  |   |                           |                   |   | 受付種別                           | <input type="checkbox"/> 新規 |               |  |  |
| 受給者番号                                   |  |   | 受診日                       | 年 月 日             |   |                                |                             |               |  |  |
| ふりがな                                    |  |   |                           |                   | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |                                |                             |               |  |  |
| 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 ]                            |                           |                   |   |                                |                             |               |  |  |
|   | 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 )             |                   |   |                                |                             |               |  |  |

告示番号 **41** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



告示番号 **36** 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                                      | 41 未分化神経外胚葉性腫瘍 (末梢性のものに限る。)  |   |                         |                           |   | 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                   |                           | 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 )           |                           |   |                         |                             |   |

告示番号 **36** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                   |   | 6                                 |                    | 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                                     | 42 横紋筋肉腫  |                                   |                    |                       |   | 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<br>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 ]                  |                    |                       |   |                         |                             |                   |                 |   |
|  | 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          |   |                         |                             |                   |                 |   |

**告示番号 6 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 )<br>所見 : ( )                        |
| 病理検査   | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )                                |
|  | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )                        |
|  | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )                         |
| 画像検査   | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )                       |
|  | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )                      |
|  | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )                        |
|  | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )                      |
|  | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )                        |
|  | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( )    |  |
| 画像検査   | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

告示番号 **4** 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   | <b>43 悪性ラブドイド腫瘍</b>  |  |                           |                    |                             | 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  |                           | 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 ]                                |                           |                    |                             |   |                             |               |  |  |
|  | 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            |                    |                             |   |                             |               |  |  |

告示番号 **4** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                       |  | 37   |                           | 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   | 44 未分化肉腫   |  |                           |                    |   | 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  |                           | 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 ]                                |                           |                    |   |                            |                             |               |  |  |
|  | 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            |                    |   |                            |                             |               |  |  |

告示番号 **37** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



告示番号 **26** 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                                      | 45 線維形成性小円形細胞腫瘍  |   |                         |                   |                           | 受付種別  | <input type="checkbox"/> 新規 |               |  |  |
| 受給者番号                                   |  |   | 受診日                     | 年 月 日             |                           |   |                             |               |  |  |
| ふりがな<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   |                         | 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 )           |                   |                           |   |                             |               |  |  |

告示番号 **26** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査                   | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|                        | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|                        | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査                   | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|                        | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|                        | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|                        | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|                        | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|                        | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>腫瘍マーカー (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )           |
| 画像検査                   | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                   |   | 27                                |           | 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                                     | 46 線維肉腫   |                                   |           |                       |                 | 受付種別  | <input type="checkbox"/> 新規 |                      |           |  |  |  |
| 受給者番号                                  |   |                                   |           | 受診日                   | 年 月 日           |   |                             |                      |           |  |  |  |
| ふりがな                                   |   |                                   |           |                       |                 | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |                             |                      |           |  |  |  |
| 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                 |                 | 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 ]                    |           |                       |                 |   |                             |                      |           |  |  |  |
|  | 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          |                 |   |                             |                      |           |  |  |  |

告示番号 **27** 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 )<br>所見 : ( )  |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )   |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )  |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |  |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>術式 : ( )  |
|   | 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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 ]<br>今後の治療方針 : ( ) |
| 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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

|             |          |  |  |            |
|-------------|----------|--|--|------------|
| <b>告示番号</b> | <b>8</b> | <b>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)</b> |  | <b>1/2</b> |
|-------------|----------|--|--|------------|

|   |  |   |               |                           |   |                             |                         |                   |  |  |  |
|---|--|---|---------------|---------------------------|---|-----------------------------|-------------------------|-------------------|--|--|--|
| 病名                                      | 47 滑膜肉腫  |   |               |                           | 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 ]  |               |                           |   |                             |                         |                   |  |  |  |
|   | 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 ]<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 )             |   |                             |                         |                   |  |  |  |

告示番号 **8** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

告示番号 **39** 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                                     | 48 明細胞肉腫 (腎明細胞肉腫を除く。)   |                                   |                       |                    |   | 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                             |                       | 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                                |                      |                             |   |  |

告示番号 **39** 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 )<br>所見 : ( )  |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )   |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )  |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |  |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



告示番号 **35** 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                                      | 49 胞巣状軟部肉腫   |   |                         |                           |   | 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   |                         | 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 )           |                           |   |                         |                             |   |  |

告示番号 **35** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                   |   | 34  |                       | 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                                     | 50 平滑筋肉腫  |   |                       |                 |   | 受付種別                           | <input type="checkbox"/> 新規 |           |   |  |
| 受給者番号                                  |   |   | 受診日                   | 年 月 日           |   |                                |                             |           |   |  |
| ふりがな                                   |   |   |                       |                 | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |                                |                             |           |   |  |
| 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   |                       |                 | 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 ]<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          |                 |   |                                |                             |           |   |  |

告示番号 **34** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                    |  | 17  |           | 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                                      | 51 脂肪肉腫  |   |           |                           |                   | 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                     |                   | 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 ]                              |           |                           |                   |   |                             |                         |               |     |  |
|   | 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 )             |                   |   |                             |                         |               |     |  |

告示番号 **17** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

告示番号 **38** 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                                      | 52 未分化胚細胞腫   |   |                           |                   |                           | 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 ]                            |                           |                   |                           |   |                             |               |     |  |
|   | 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 )             |                   |                           |   |                             |               |     |  |

告示番号 **38** 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 )<br>所見 : ( )  |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )   |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )  |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |  |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>術式 : ( )  |
|   | 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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 ]<br>今後の治療方針 : ( ) |
| 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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



| 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<br>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 ]                  |                       |                 |   |                                |                             |           |                 |   |
|  | 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                                |                                |                             |           |                 |   |

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) **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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査                   | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|                        | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|                        | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査                   | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|                        | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|                        | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|                        | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|                        | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|                        | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>腫瘍マーカー (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )           |
| 画像検査                   | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                    |  | 30  |           | 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                                      | 54 多胎芽腫  |   |           |                           |                   | 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                     |                   | 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 )             |                   |   |                             |                      |               |  |  |  |

告示番号 **30** 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 )<br>所見 : ( )  |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )   |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )  |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |  |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>術式 : ( )  |
|   | 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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 ]<br>今後の治療方針 : ( ) |
| 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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                       |  | 42   |                                | 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   | 55 卵黄嚢腫 (卵黄嚢腫瘍)  |  |                                |                    |   | 受付種別                           | <input type="checkbox"/> 新規 |               |  |
| 受給者番号                                      |  |  | 受診日                            | 年 月 日              |   |                                |                             |               |  |
| ふりがな                                       |  |  |                                |                    | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |                                |                             |               |  |
| 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  |                                | 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                 |                    |   |                                |                             |               |  |

告示番号 **42** 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 )<br>所見 : ( )  |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )   |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )  |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |  |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                    |  | 18  |                         | 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                                      | 56 絨毛癌   |   |                         |                   |   | 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   |                         | 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 )           |                   |   |                         |                             |               |  |  |

告示番号 **18** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査                   | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|                        | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|                        | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査                   | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|                        | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|                        | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|                        | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|                        | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|                        | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>腫瘍マーカー (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )           |
| 画像検査                   | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



| 告示番号                                   |   | 16                                |                       | 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                                     | 57 混合性胚細胞腫瘍   |                                   |                       |                 |   | 受付種別                   | <input type="checkbox"/> 新規 |                   |                 |  |
| 受給者番号                                  |   |                                   | 受診日                   | 年 月 日           |   |                        |                             |                   |                 |  |
| ふりがな<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<br>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                 |                 | 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                                |                        |                             |                   |                 |  |

告示番号 **16** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                       |  | 25   |                           | 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   | 58 性索間質性腫瘍   |  |                           |                    |   | 受付種別                       | <input type="checkbox"/> 新規 |               |  |  |
| 受給者番号                                      |  |  | 受診日                       | 年 月 日              |   |                            |                             |               |  |  |
| ふりがな<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  |                           | 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            |                    |   |                            |                             |               |  |  |

告示番号 **25** 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 )<br>所見 : ( )  |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )   |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )  |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |  |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>術式 : ( )  |
|   | 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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 ]<br>今後の治療方針 : ( ) |
| 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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                    |  | 33  |      | 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                                      | 59 副腎皮質癌   |   |      |                           |                   |                      |                           | 受付種別  | <input type="checkbox"/> 新規 |                        |               |     |  |
| 受給者番号                                   |  |   |      | 受診日                       | 年 月 日             |                      |                           |   |                             |                        |               |     |  |
| ふりがな                                    |  |   |      |                           |                   |                      |                           | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |                             |                        |               |     |  |
| 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   |      |                           | 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 ]  |      |                           |                   |                      |                           |   |                             |                        |               |     |  |
|   | 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 )             |                   |                      |                           |   |                             |                        |               |     |  |

告示番号 **33** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

告示番号 **13** 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                                      | 60 甲状腺癌  |   |               |                           |                      | 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   |               |                           | 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 )             |                      |   |                             |               |   |  |

告示番号 **13** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



| 告示番号                                    |  | 19  |                         | 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                                      | 61 上咽頭癌  |   |                         |                   |   | 受付種別                    | <input type="checkbox"/> 新規 |               |  |
| 受給者番号                                   |  |   | 受診日                     | 年 月 日             |   |                         |                             |               |  |
| ふりがな                                    |  |   |                         |                   | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |                         |                             |               |  |
| 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   |                         | 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 ]<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 )           |                   |   |                         |                             |               |  |

告示番号 **19** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査                   | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|                        | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|                        | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査                   | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|                        | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|                        | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|                        | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|                        | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|                        | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>腫瘍マーカー (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )           |
| 画像検査                   | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

告示番号 **29** 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                                      | 62 唾液腺癌  |   |           |                           |                   | 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   |           |                           | 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 ]<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 )             |                   |   |                             |         |               |  |

告示番号 **29** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                   |   | 2                                 |      | 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                                     | 63 悪性黒色腫  |                                   |      |                       |                 |              |   | 受付種別                 | <input type="checkbox"/> 新規 |                        |           |     |  |
| 受給者番号                                  |   |                                   |      | 受診日                   | 年 月 日           |              |   |                      |                             |                        |           |     |  |
| ふりがな                                   |   |                                   |      |                       |                 |              | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |                      |                             |                        |           |     |  |
| 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                             |      |                       | 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          |                 |              |   |                      |                             |                        |           |     |  |

告示番号 **2** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                   |   | 7                                 |                       | 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                                     | 64 褐色細胞腫  |                                   |                       |                 |   | 受付種別                           | <input type="checkbox"/> 新規 |           |   |
| 受給者番号                                  |   |                                   | 受診日                   | 年 月 日           |   |                                |                             |           |   |
| ふりがな                                   |   |                                   |                       |                 | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |                                |                             |           |   |
| 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                             |                       |                 | 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                                |                                |                             |           |   |

告示番号 **7** **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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



| 告示番号                                   |   | 1                                 |                    | 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                                     | 65 悪性胸腺腫  |                                   |                    |                       |                     | 受付種別  | <input type="checkbox"/> 新規 |                    |           |   |  |  |
| 受給者番号                                  |   |                                   | 受診日                | 年 月 日                 |                     |   |                             |                    |           |   |  |  |
| ふりがな                                   |   |                                   |                    |                       |                     | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |                             |                    |           |   |  |  |
| 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 ]                  |                    |                       |                     |   |                             |                    |           |   |  |  |
|  | 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          |                     |   |                             |                    |           |   |  |  |

告示番号 **1** **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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                   |   | 12                                |                       | 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                                     | 66 胸膜肺芽腫  |                                   |                       |                 |   | 受付種別                           | <input type="checkbox"/> 新規 |           |   |
| 受給者番号                                  |   |                                   | 受診日                   | 年 月 日           |   |                                |                             |           |   |
| ふりがな                                   |   |                                   |                       |                 | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |                                |                             |           |   |
| 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                             |                       |                 | 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                                |                                |                             |           |   |

告示番号 **12** 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 )<br>所見 : ( )                        |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )                                |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )                        |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )                         |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )                       |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )                      |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )                        |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )                      |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )                        |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |  |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 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                                    |  |   |      |                         |                   |              | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |                         |                             |                        |  |     |  |
| 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   |      |                         | 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 ]<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 )           |                   |              |   |                         |                             |                        |  |     |  |

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) **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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                    |  | 24  |      | 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                                      | 68 瘰癧腫   |   |      |                         |                   |              |   | 受付種別                    | <input type="checkbox"/> 新規 |                        |  |     |  |
| 受給者番号                                   |  |   |      | 受診日                     | 年 月 日             |              |   |                         |                             |                        |  |     |  |
| ふりがな                                    |  |   |      |                         |                   |              | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |                         |                             |                        |  |     |  |
| 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   |      |                         | 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 ]<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 )           |                   |              |   |                         |                             |                        |  |     |  |

告示番号 **24** 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 )<br>所見 : ( )   |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )  |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )   |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )   |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |   |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 )<br>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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



| 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 |
| 受給者番号                                  |   | 受診日                                 |                       | 年 月 日                               |   |                      |                             |
| ふりがな                                   |   |                                     |                       |                                     | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |                      |                             |
| 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                 |                                     | 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(腫瘤形成):[ 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 ]       |                             |
|  | 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                                |                      |                             |

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 )<br>所見 : ( )  |
| 病理検査  | 骨髄検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 組織診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 細胞診 (脳脊髄液) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原 : ( )<br>陰性抗原 : ( )   |
| 画像検査  | CT検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )   |
|   | MRI検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>所見 : ( )  |
|   | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>所見 : ( )  |
|   | 染色体検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )  |
|   | 遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>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 )<br>所見 : ( ) |  |
| 画像検査  | 画像検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( )<br>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 )<br>摘出度 : [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>術式 : ( )  |
|   | 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 ]<br>治療計画 (その他) : ( )<br>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 ]<br>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 ]<br>今後の治療方針 : ( ) |
| 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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                   |   | 68  |                        | 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                                     | 70 毛様細胞性星細胞腫  |   |                        |                   |   | 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                  |                   | 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 |   |   |                        |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                  |
| 身体所見                                   | 大頭症(+2.0SD以上): [ なし・あり ]  |   |                        |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                  |
| 症状                                     | 全身  | 低身長(-2.0SD以下): [ なし・あり ]                                      |                        |                   |   | 体重減少: [ なし・あり ]         |                             |                          |    |           |                  |
|  | 消化器   | 悪心・嘔吐: [ なし・あり ]  |                        |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                  |
|  | 内分泌・代謝  | 尿崩症: [ なし・あり ]  |                        |                   |   | 性腺機能低下: [ なし・あり ]       |                             |                          |    |           |                  |
|  | 精神・神経   | 頭痛: [ なし・あり ]   |                        |                   | 痙攣: [ なし・あり ]                               |                         |                             | 意識障害: [ なし・あり ]          |    |           |                  |
|  |   | 脳神経麻痺(顔面神経麻痺等): [ なし・あり ]                                     |                        |                   | 四肢麻痺: [ なし・あり・不明 ]                          |                         |                             | ふらつきまたは歩行異常: [ なし・あり ]   |    |           |                  |
|  | 眼   | 視野障害: [ なし・あり ]   |                        |                   | 弱視: [ なし・あり ]                               |                         |                             | 斜視: [ なし・あり ]            |    |           |                  |
| 眼球運動障害: [ なし・あり ]                      |   |   | 視神経乳頭浮腫: [ 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 ]                            |                        |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                  |
|  | 耳鼻咽喉  | 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 ] |                        |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                  |
|  |   | 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 ]                |   |   |                        |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                  |
| その他                                    | 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                                   | 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: ( )                                |   |   |                        |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                  |

告示番号 **68** 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**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 病理検査                      | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 細胞表面抗原検査                  | 細胞診 (脳脊髄液)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 所見：( )   |
| 画像検査                      | リンパ球サブセット解析：[ 未実施 ・ 実施 ]   |
|                           | 陽性抗原：( )<br>陰性抗原：( )   |
|                           | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
| 遺伝学的検査                    | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 検査所見 (その他)                | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | 染色体検査 (腫瘍細胞)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                      |
|                           | 所見：( )   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載      | 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：( )   |
| 血液検査                      | 遺伝子検査 (生殖細胞系列)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                    |
|                           | 所見：( )   |
|                           | 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 )                                     |
| 画像検査                      | 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 )                                      |
| 検査所見 (その他)                | 所見：( )   |
|                           | 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                       | 神経線維腫症1型の合併：[ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他)の合併：[ なし ・ あり ]                        |
|                           | 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 ]   |
|                           | 照射野：髄芽腫： [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                       |
|                           | 照射野：胚細胞腫瘍： [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                          |
|                           | 照射野：脳腫瘍 (その他)： [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]                          |
| 手術                        | 照射量：局所の合計 (未実施の場合 0)：( )Gy 照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0)：( )Gy               |
|                           | 腫瘍摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )                                     |
| 今後の治療方針                   | 摘出度：[ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]  |
|                           | 術式：( )   |
|                           | 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：( )  |
| 医療機関・医師署名                 | 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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                   |   | 64  |                        | 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                                     | 71 びまん性星細胞腫   |   |                        |              |                      | 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 |   |   |                        |              |                      |   |                             |                        |           |   |
| 身体所見                                   | 大頭症(+2.0SD以上): [ なし・あり ]  |   |                        |              |                      |   |                             |                        |           |   |
| 症状                                     | 全身  | 低身長(-2.0SD以下): [ なし・あり ]                                      |                        |              | 体重減少: [ なし・あり ]      |   |                             |                        |           |   |
|  | 消化器   | 悪心・嘔吐: [ なし・あり ]  |                        |              |                      |   |                             |                        |           |   |
|  | 内分泌・代謝  | 尿崩症: [ なし・あり ]  |                        |              | 性腺機能低下: [ なし・あり ]    |   |                             |                        |           |   |
|  | 精神・神経   | 頭痛: [ なし・あり ]   |                        |              | 痙攣: [ なし・あり ]        |   |                             | 意識障害: [ なし・あり ]        |           |   |
|  |   | 脳神経麻痺(顔面神経麻痺等): [ なし・あり ]                                     |                        |              | 四肢麻痺: [ なし・あり・不明 ]   |   |                             | ふらつきまたは歩行異常: [ なし・あり ] |           |   |
|  | 眼   | 視野障害: [ なし・あり ]   |                        |              | 弱視: [ なし・あり ]        |   |                             | 斜視: [ なし・あり ]          |           |   |
| その他                                    | 眼球運動障害: [ なし・あり ] 視神経乳頭浮腫: [ なし・あり ]  |   |                        |              |                      |   |                             |                        |           |   |
| 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 ]   |                        |              |                      |   |                             |                        |           |   |
|  | 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 ]                            |                        |              |                      |   |                             |                        |           |   |
|  | 耳鼻咽喉  | 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 ] |                        |              |                      |   |                             |                        |           |   |
|  | その他   | 聴力障害: [ なし・あり ]   |                        |              |                      |   |                             |                        |           |   |
| 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                                   | 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: ( )                                |   |   |                        |              |                      |   |                             |                        |           |   |

告示番号 **64** 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**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 病理検査                      | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 細胞表面抗原検査                  | 細胞診 (脳脊髄液)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 所見：( )   |
| 画像検査                      | リンパ球サブセット解析：[ 未実施 ・ 実施 ]   |
|                           | 陽性抗原：( )<br>陰性抗原：( )   |
|                           | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
| 遺伝学的検査                    | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 検査所見 (その他)                | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | 染色体検査 (腫瘍細胞)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                      |
|                           | 所見：( )   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載      | 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：( )   |
| 血液検査                      | 遺伝子検査 (生殖細胞系列)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                    |
|                           | 所見：( )   |
|                           | 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 )                                     |
| 画像検査                      | 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 )                                      |
| 検査所見 (その他)                | 所見：( )   |
|                           | 画像検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
| 合併症                       | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | 検査所見 (その他)：( )   |
| その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載    |  |
| 経過 (申請時) ※直近の状況を記載        | 神経線維腫症1型の合併：[ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他)の合併：[ なし ・ あり ]                        |
|                           | 合併症 (その他)：( )  |
| 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 ]   |
|                           | 照射野：髄芽腫： [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                       |
|                           | 照射野：胚細胞腫瘍： [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                          |
|                           | 照射野：脳腫瘍 (その他)： [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]                          |
| 手術                        | 照射量：局所の合計 (未実施の場合 0)：( )Gy 照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0)：( )Gy               |
|                           | 腫瘍摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )                                     |
| 今後の治療方針                   | 摘出度：[ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]  |
|                           | 術式：( )   |
|                           | 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：( )  |
| 医療機関・医師署名                 | 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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                       |  | 63   |                             | 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   | 72 退形成性星細胞腫  |  |                             |                       |                             | 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                       |                       | 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 |  |  |                             |                       |                             |   |                             |                               |  |  |
| 身体所見                                       | 大頭症 (+2.0SD以上) : [ なし ・ あり ]   |  |                             |                       |                             |   |                             |                               |  |  |
| 症状   | 全身   | 低身長 (-2.0SD以下) : [ なし ・ あり ]   |                             |                       | 体重減少 : [ なし ・ あり ]          |   |                             |                               |  |  |
|  | 消化器  | 悪心・嘔吐 : [ なし ・ あり ]  |                             |                       |                             |   |                             |                               |  |  |
|  | 内分泌・代謝   | 尿崩症 : [ なし ・ あり ]  |                             |                       | 性腺機能低下 : [ なし ・ あり ]        |   |                             |                               |  |  |
|  | 精神・神経  | 頭痛 : [ なし ・ あり ]   |                             |                       | 痙攣 : [ なし ・ あり ]            |   |                             | 意識障害 : [ なし ・ あり ]            |  |  |
|  |  | 脳神経麻痺 ( 顔面神経麻痺等 ) : [ なし ・ あり ]  |                             |                       | 四肢麻痺 : [ なし ・ あり ・ 不明 ]     |   |                             | ふらつきまたは歩行異常 : [ なし ・ あり ]     |  |  |
|  | 眼  | 視野障害 : [ なし ・ あり ]   |                             |                       | 弱視 : [ なし ・ あり ]            |   |                             | 斜視 : [ なし ・ あり ]              |  |  |
|  | 眼球運動障害 : [ なし ・ あり ]   |  |                             | 視神経乳頭浮腫 : [ 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 ]   |                             |                       |                             |   |                             |                               |  |  |
|  | 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                                       | 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 : ( )   |  |                             |                       |                             |   |                             |                               |  |  |

告示番号 **63** 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**

|                            |   |
|----------------------------|---|
| 病理検査                       | 組織診: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )  |
|                            | 部位: ( )<br>所見: ( )  |
| 細胞表面抗原検査                   | 細胞診 (脳脊髄液): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )                                       |
|                            | 所見: ( )   |
| 画像検査                       | リンパ球サブセット解析: [ 未実施 ・ 実施 ]   |
|                            | 陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )  |
|                            | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )   |
| 遺伝学的検査                     | 部位: ( )<br>所見: ( )  |
|                            | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )  |
|                            | 部位: ( )<br>所見: ( )  |
| 検査所見 (その他)                 | 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )                                       |
|                            | 部位: ( )<br>所見: ( )  |
|                            | 染色体検査 (腫瘍細胞): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )                                     |
|                            | 所見: ( )   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載       | 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: ( )   |
| 血液検査                       | 遺伝子検査 (生殖細胞系列): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )                                   |
|                            | 所見: ( )   |
|                            | 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 )                                    |
| 画像検査                       | 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 )                                     |
| 検査所見 (その他)                 | 所見: ( )   |
|                            | 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                        | 神経線維腫症1型の合併: [ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他) の合併: [ なし ・ あり ]                      |
|                            | 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 ]   |
|                            | 照射野: 髄芽腫: [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                       |
|                            | 照射野: 胚細胞腫瘍: [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                          |
|                            | 照射野: 脳腫瘍 (その他): [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]                          |
| 手術                         | 照射量: 局所の合計 (未実施の場合 0): ( )Gy 照射量: 全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0): ( )Gy            |
|                            | 腫瘍摘出術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 )                                    |
| 今後の治療方針                    | 摘出度: [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]  |
|                            | 術式: ( )   |
|                            | 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: ( )  |
| 医療機関・医師署名                  | 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 \_\_\_\_\_

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( \_\_\_\_\_ )



| 告示番号                                   |   | 52  |                    | 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                                     | 73 膠芽腫  |   |                    |                        |   | 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<br>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              |                        | 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 |   |   |                    |                        |   |                          |                             |          |                 |  |
| 身体所見                                   | 大頭症(+2.0SD以上): [ なし・あり ]  |   |                    |                        |   |                          |                             |          |                 |  |
| 症状                                     | 全身  | 低身長(-2.0SD以下): [ なし・あり ]  |                    |                        | 体重減少: [ なし・あり ]                             |                          |                             |          |                 |  |
|  | 消化器   | 悪心・嘔吐: [ なし・あり ]  |                    |                        |   |                          |                             |          |                 |  |
|  | 内分泌・代謝  | 尿崩症: [ なし・あり ]  |                    |                        | 性腺機能低下: [ なし・あり ]                           |                          |                             |          |                 |  |
|  | 精神・神経   | 頭痛: [ なし・あり ]   |                    |                        | 痙攣: [ なし・あり ]                               |                          | 意識障害: [ なし・あり ]             |          |                 |  |
|  |   | 脳神経麻痺(顔面神経麻痺等): [ なし・あり ]   |                    |                        | 四肢麻痺: [ なし・あり・不明 ]                          |                          | ふらつきまたは歩行異常: [ なし・あり ]      |          |                 |  |
|  | 眼   | 視野障害: [ なし・あり ]   |                    |                        | 弱視: [ なし・あり ]                               |                          | 斜視: [ なし・あり ]               |          |                 |  |
| その他                                    | 眼球運動障害: [ なし・あり ] 視神経乳頭浮腫: [ なし・あり ]  |   |                    |                        |   |                          |                             |          |                 |  |
| 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 ]             |          |                 |  |
|  | その他   | 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 ]   |   |                    |                        |   |                          |                             |          |                 |  |
| 血液検査                                   | 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 ]      |   |                          |                             |          |                 |  |
| 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                                   | 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: ( )                                |   |   |                    |                        |   |                          |                             |          |                 |  |

告示番号 **52** 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**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 病理検査                      | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 細胞表面抗原検査                  | 細胞診 (脳脊髄液)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 所見：( )   |
| 画像検査                      | リンパ球サブセット解析：[ 未実施 ・ 実施 ]   |
|                           | 陽性抗原：( )<br>陰性抗原：( )   |
|                           | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
| 遺伝学的検査                    | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 検査所見 (その他)                | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | 染色体検査 (腫瘍細胞)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                      |
|                           | 所見：( )   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載      | 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：( )   |
| 血液検査                      | 遺伝子検査 (生殖細胞系列)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                    |
|                           | 所見：( )   |
|                           | 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 )                                     |
| 画像検査                      | 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 )                                      |
| 検査所見 (その他)                | 所見：( )   |
|                           | 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                       | 神経線維腫症1型の合併：[ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他)の合併：[ なし ・ あり ]                        |
|                           | 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 ]   |
|                           | 照射野：髄芽腫： [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                       |
|                           | 照射野：胚細胞腫瘍： [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                          |
|                           | 照射野：脳腫瘍 (その他)： [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]                          |
| 手術                        | 照射量：局所の合計 (未実施の場合 0)：( )Gy 照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0)：( )Gy               |
|                           | 腫瘍摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )                                     |
| 今後の治療方針                   | 摘出度：[ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]  |
|                           | 術式：( )   |
|                           | 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：( )  |
| 医療機関・医師署名                 | 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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                   |                            | 53  |                    | 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)   |  | 2021a-001                      |  |
|--|----------------------------|---|--------------------|---|-------------------|--------------------------|--|--------------------------------|--|
| 病名                                     |                            | 74 上衣腫  |                    | 受付種別  |                   | □ 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 |  |
| 現在の身長・体重                               |                            | 身長 (測定日)  |                    | cm ( SD)                                    |                   | 体重 (測定日)                 |  | kg ( SD) 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                                   |                            | 治療・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 |                            |   |                    |   |                   |                          |  |                                |  |
| 身体所見                                   |                            | 大頭症(+2.0SD以上): [ なし・あり ]  |                    |   |                   |                          |  |                                |  |
| 症状                                     | 全身                         | 低身長(-2.0SD以下): [ なし・あり ]  |                    | 体重減少: [ なし・あり ]                             |                   |                          |  |                                |  |
|  | 消化器                        | 悪心・嘔吐: [ なし・あり ]  |                    |   |                   |                          |  |                                |  |
|  | 内分泌・代謝                     | 尿崩症: [ なし・あり ]  |                    | 性腺機能低下: [ なし・あり ]                           |                   |                          |  |                                |  |
|  | 精神・神経                      | 頭痛: [ なし・あり ]   |                    | 痙攣: [ なし・あり ]                               |                   | 意識障害: [ なし・あり ]          |  |                                |  |
|  |                            | 脳神経麻痺(顔面神経麻痺等): [ なし・あり ]   |                    | 四肢麻痺: [ なし・あり・不明 ]                          |                   | ふらつきまたは歩行異常: [ なし・あり ]   |  |                                |  |
|  | 眼                          | 視野障害: [ なし・あり ]   |                    | 弱視: [ なし・あり ]                               |                   | 斜視: [ なし・あり ]            |  |                                |  |
|  | 眼球運動障害: [ なし・あり ]          |   | 視神経乳頭浮腫: [ 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                                   | 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: ( )                    |   |                    |   |                   |                          |  |                                |  |

告示番号 **53** 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**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 病理検査                      | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 細胞表面抗原検査                  | 細胞診 (脳脊髄液)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 所見：( )   |
| 画像検査                      | リンパ球サブセット解析：[ 未実施 ・ 実施 ]   |
|                           | 陽性抗原：( )<br>陰性抗原：( )   |
|                           | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
| 遺伝学的検査                    | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 検査所見 (その他)                | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | 染色体検査 (腫瘍細胞)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                      |
|                           | 所見：( )   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載      | 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：( )   |
| 血液検査                      | 遺伝子検査 (生殖細胞系列)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                    |
|                           | 所見：( )   |
|                           | 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 )                                     |
| 画像検査                      | 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 )                                      |
| 検査所見 (その他)                | 所見：( )   |
|                           | 部位：( )<br>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                       | 神経線維腫症1型の合併：[ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他)の合併：[ なし ・ あり ]                        |
|                           | 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 ]   |
|                           | 照射野：髄芽腫： [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                       |
|                           | 照射野：胚細胞腫瘍： [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                          |
|                           | 照射野：脳腫瘍 (その他)： [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]                          |
| 手術                        | 照射量：局所の合計 (未実施の場合 0)：( )Gy 照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0)：( )Gy               |
|                           | 腫瘍摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )                                     |
| 今後の治療方針                   | 摘出度：[ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]  |
|                           | 術式：( )   |
|                           | 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：( )  |
| 医療機関・医師署名                 | 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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                    |  | 65  |                           | 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                                      | 75 乏突起神経腫瘍 (乏突起腫瘍)   |   |                           |                           |                      |   | 受付種別 | <input type="checkbox"/> 新規 |         |     |  |  |
| 受給者番号                                   |  |   | 受診日                       | 年 月 日                     |                      |   |      |                             |         |     |  |  |
| ふりがな<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                     |                      | 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 |  |   |                           |                           |                      |   |      |                             |         |     |  |  |
| 身体所見                                    | 大頭症 (+2.0SD以上): [ なし ・ あり ]  |   |                           |                           |                      |   |      |                             |         |     |  |  |
| 症状                                      | 全身   | 低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]   |                           |                           |                      | 体重減少: [ なし ・ あり ]                           |      |                             |         |     |  |  |
|   | 消化器  | 悪心・嘔吐: [ なし ・ あり ]  |                           |                           |                      |   |      |                             |         |     |  |  |
|   | 内分泌・代謝   | 尿崩症: [ なし ・ あり ]  |                           |                           |                      | 性腺機能低下: [ なし ・ あり ]                         |      |                             |         |     |  |  |
|   | 精神・神経  | 頭痛: [ なし ・ あり ]   |                           |                           |                      | 痙攣: [ なし ・ あり ]                             |      | 意識障害: [ なし ・ あり ]           |         |     |  |  |
|   |  | 脳神経麻痺 (顔面神経麻痺等): [ なし ・ あり ]  |                           |                           |                      | 四肢麻痺: [ なし ・ あり ・ 不明 ]                      |      | ふらつきまたは歩行異常: [ なし ・ あり ]    |         |     |  |  |
|   | 眼  | 視野障害: [ なし ・ あり ]   |                           |                           |                      | 弱視: [ なし ・ あり ]                             |      | 斜視: [ なし ・ あり ]             |         |     |  |  |
| 眼球運動障害: [ なし ・ あり ]                     |  |   |                           | 視神経乳頭浮腫: [ 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 ]   |                           |                           |                      |   |      |                             |         |     |  |  |
|   | 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                                    | 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: ( )                                 |  |   |                           |                           |                      |   |      |                             |         |     |  |  |

告示番号 **65** 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**

|  |  |
|--|--|
| 病理検査   | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|  | 部位：( )<br>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：( )<br>陰性抗原：( )   |
| 画像検査   | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
|  | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 遺伝学的検査   | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
|  | 染色体検査 (腫瘍細胞)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                      |
|  | 所見：( )   |
| 遺伝学的検査   | 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：( )   |
| 遺伝学的検査   | 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   | 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 )                                      |
| 画像検査   | 所見：( )   |
|  | 画像検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
| 画像検査   | 部位：( )<br>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  | 神経線維腫症1型の合併：[ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他)の合併：[ なし ・ あり ]                        |
|  | 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 ]   |
|  | 照射野：髄芽腫： [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                       |
|  | 照射野：胚細胞腫瘍： [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                          |
|  | 照射野：脳腫瘍 (その他)： [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]                          |
| 照射量：局所の合計 (未実施の場合 0)：( )Gy 照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0)：( )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 ]<br>術式：( )                                  |
| 今後の治療方針  | 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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                   |                            | 58  |                        | 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) |  | 2021a-001                      |  |
|--|----------------------------|---|------------------------|---|--------------------------|------------------------|--|--------------------------------|--|
| 病名                                     |                            | 76 髄芽腫  |                        | 受付種別  |                          | □ 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 |  |
| 現在の身長・体重                               |                            | 身長 (測定日)  |                        | cm ( SD)                                    |                          | 体重 (測定日)               |  | kg ( SD) 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 |                            |   |                        |   |                          |                        |  |                                |  |
| 身体所見                                   |                            | 大頭症(+2.0SD以上): [ なし・あり ]  |                        |   |                          |                        |  |                                |  |
| 症状                                     | 全身                         | 低身長(-2.0SD以下): [ なし・あり ]  |                        | 体重減少: [ なし・あり ]                             |                          |                        |  |                                |  |
|  | 消化器                        | 悪心・嘔吐: [ なし・あり ]  |                        |   |                          |                        |  |                                |  |
|  | 内分泌・代謝                     | 尿崩症: [ なし・あり ]  |                        | 性腺機能低下: [ なし・あり ]                           |                          |                        |  |                                |  |
|  | 精神・神経                      | 頭痛: [ なし・あり ]   |                        | 痙攣: [ なし・あり ]                               |                          | 意識障害: [ なし・あり ]        |  |                                |  |
|  |                            | 脳神経麻痺(顔面神経麻痺等): [ なし・あり ]   |                        | 四肢麻痺: [ なし・あり・不明 ]                          |                          | ふらつきまたは歩行異常: [ なし・あり ] |  |                                |  |
|  | 眼                          | 視野障害: [ なし・あり ]   |                        | 弱視: [ なし・あり ]                               |                          | 斜視: [ なし・あり ]          |  |                                |  |
|  | 眼球運動障害: [ なし・あり ]          |   | 視神経乳頭浮腫: [ 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                                   | 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: ( )                    |   |                        |   |                          |                        |  |                                |  |

告示番号 **58** 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**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 病理検査                      | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 細胞表面抗原検査                  | 細胞診 (脳脊髄液)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 所見：( )   |
| 画像検査                      | リンパ球サブセット解析：[ 未実施 ・ 実施 ]   |
|                           | 陽性抗原：( )<br>陰性抗原：( )   |
|                           | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
| 遺伝学的検査                    | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 検査所見 (その他)                | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | 染色体検査 (腫瘍細胞)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                      |
|                           | 所見：( )   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載      | 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：( )   |
| 血液検査                      | 遺伝子検査 (生殖細胞系列)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                    |
|                           | 所見：( )   |
|                           | 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 )                                     |
| 画像検査                      | 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 )                                      |
| 検査所見 (その他)                | 所見：( )   |
|                           | 部位：( )<br>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                       | 神経線維腫症1型の合併：[ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他)の合併：[ なし ・ あり ]                        |
|                           | 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 ]   |
|                           | 照射野：髄芽腫： [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                       |
|                           | 照射野：胚細胞腫瘍： [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                          |
|                           | 照射野：脳腫瘍 (その他)： [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]                          |
| 手術                        | 照射量：局所の合計 (未実施の場合 0)：( )Gy 照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0)：( )Gy               |
|                           | 腫瘍摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )                                     |
| 今後の治療方針                   | 摘出度：[ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]  |
|                           | 術式：( )   |
|                           | 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：( )  |
| 成長ホルモン治療申請の有無：[ なし ・ あり ] | 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                         |

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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



| 告示番号                                   |                            | 160   |                        | 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) |  | 2021a-001                      |  |  |
|--|----------------------------|---|------------------------|---|--------------------------|------------------------|--|--------------------------------|--|--|
| 病名                                     |                            | 77 頭蓋咽頭腫  |                        | 受付種別  |                          | □ 新規                   |  | 1/2                            |  |  |
| 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 |  |  |
| 現在の身長・体重                               |                            | 身長 (測定日)  |                        | cm ( SD)                                    |                          | 体重 (測定日)               |  | kg ( SD) 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 |                            |   |                        |   |                          |                        |  |                                |  |  |
| 身体所見                                   |                            | 大頭症(+2.0SD以上): [ なし・あり ]  |                        |   |                          |                        |  |                                |  |  |
| 症状                                     | 全身                         | 低身長(-2.0SD以下): [ なし・あり ]  |                        | 体重減少: [ なし・あり ]                             |                          |                        |  |                                |  |  |
|  | 消化器                        | 悪心・嘔吐: [ なし・あり ]  |                        |   |                          |                        |  |                                |  |  |
|  | 内分泌・代謝                     | 尿崩症: [ なし・あり ]  |                        | 性腺機能低下: [ なし・あり ]                           |                          |                        |  |                                |  |  |
|  | 精神・神経                      | 頭痛: [ なし・あり ]   |                        | 痙攣: [ なし・あり ]                               |                          | 意識障害: [ なし・あり ]        |  |                                |  |  |
|  |                            | 脳神経麻痺(顔面神経麻痺等): [ なし・あり ]   |                        | 四肢麻痺: [ なし・あり・不明 ]                          |                          | ふらつきまたは歩行異常: [ なし・あり ] |  |                                |  |  |
|  | 眼                          | 視野障害: [ なし・あり ]   |                        | 弱視: [ なし・あり ]                               |                          | 斜視: [ なし・あり ]          |  |                                |  |  |
|  | 眼球運動障害: [ なし・あり ]          |   | 視神経乳頭浮腫: [ 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                                   | 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: ( )                    |   |                        |   |                          |                        |  |                                |  |  |

告示番号 **60** 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**

|  |  |
|--|--|
| 病理検査   | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|  | 部位：( )<br>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：( )<br>陰性抗原：( )   |
| 画像検査   | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
|  | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 遺伝学的検査   | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
|  | 染色体検査 (腫瘍細胞)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                      |
|  | 所見：( )   |
| 遺伝学的検査   | 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：( )   |
| 遺伝学的検査   | 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   | 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 )                                      |
| 画像検査   | 所見：( )   |
|  | 画像検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
| 画像検査   | 部位：( )<br>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  | 神経線維腫症1型の合併：[ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他)の合併：[ なし ・ あり ]                        |
|  | 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 ]   |
|  | 照射野：髄芽腫： [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                       |
|  | 照射野：胚細胞腫瘍： [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                          |
|  | 照射野：脳腫瘍 (その他)： [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]                          |
| 照射量：局所の合計 (未実施の場合 0)：( )Gy 照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0)：( )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 ]<br>術式：( )                                  |
| 今後の治療方針  | 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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                   |   | 54                                 |                        | 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                                     | 78 松果体腫   |                                    |                        |              |   | 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<br>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                  |              | 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 |   |                                    |                        |              |   |                        |                             |          |                 |
| 身体所見                                   | 大頭症(+2.0SD以上): [ なし・あり ]  |                                    |                        |              |   |                        |                             |          |                 |
| 症状                                     | 全身  | 低身長(-2.0SD以下): [ なし・あり ]           |                        |              | 体重減少: [ なし・あり ]                             |                        |                             |          |                 |
|  | 消化器   | 悪心・嘔吐: [ なし・あり ]                   |                        |              |   |                        |                             |          |                 |
|  | 内分泌・代謝  | 尿崩症: [ なし・あり ]                     |                        |              | 性腺機能低下: [ なし・あり ]                           |                        |                             |          |                 |
|  | 精神・神経   | 頭痛: [ なし・あり ]                      |                        |              | 痙攣: [ なし・あり ]                               |                        | 意識障害: [ なし・あり ]             |          |                 |
|  |   | 脳神経麻痺(顔面神経麻痺等): [ なし・あり ]          |                        |              | 四肢麻痺: [ なし・あり・不明 ]                          |                        | ふらつきまたは歩行異常: [ なし・あり ]      |          |                 |
|  | 眼   | 視野障害: [ なし・あり ]                    |                        |              | 弱視: [ なし・あり ]                               |                        | 斜視: [ なし・あり ]               |          |                 |
| その他                                    | 眼球運動障害: [ なし・あり ]<br>視神経乳頭浮腫: [ なし・あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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                                   | 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 ]<br>実施日: ( )年 月 日<br>所見: ( )   |                                    |                        |              |   |                        |                             |          |                 |

告示番号 **54** 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**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 病理検査                      | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 細胞表面抗原検査                  | 細胞診 (脳脊髄液)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 所見：( )   |
| 画像検査                      | リンパ球サブセット解析：[ 未実施 ・ 実施 ]   |
|                           | 陽性抗原：( )<br>陰性抗原：( )   |
|                           | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
| 遺伝学的検査                    | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 検査所見 (その他)                | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | 染色体検査 (腫瘍細胞)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                      |
|                           | 所見：( )   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載      | 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：( )   |
| 血液検査                      | 遺伝子検査 (生殖細胞系列)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                    |
|                           | 所見：( )   |
|                           | 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 )                                     |
| 画像検査                      | 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 )                                      |
| 検査所見 (その他)                | 所見：( )   |
|                           | 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                       | 神経線維腫症1型の合併：[ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他)の合併：[ なし ・ あり ]                        |
|                           | 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 ]   |
|                           | 照射野：髄芽腫： [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                       |
|                           | 照射野：胚細胞腫瘍： [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                          |
|                           | 照射野：脳腫瘍 (その他)： [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]                          |
| 手術                        | 照射量：局所の合計 (未実施の場合 0)：( )Gy 照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0)：( )Gy               |
|                           | 腫瘍摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )                                     |
| 今後の治療方針                   | 摘出度：[ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]  |
|                           | 術式：( )   |
|                           | 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：( )  |
| 成長ホルモン治療申請の有無：[ なし ・ あり ] | 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                         |

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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                   |                            | 77  |                        | 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) |  | 2021a-001                      |  |  |
|--|----------------------------|---|------------------------|---|--------------------------|------------------------|--|--------------------------------|--|--|
| 病名                                     |                            | 79 脈絡叢乳頭腫   |                        | 受付種別  |                          | □ 新規                   |  | 1/2                            |  |  |
| 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 |  |  |
| 現在の身長・体重                               |                            | 身長 (測定日)  |                        | cm ( SD)                                    |                          | 体重 (測定日)               |  | kg ( SD) 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                                   |                            | 治療・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 |                            |   |                        |   |                          |                        |  |                                |  |  |
| 身体所見                                   |                            | 大頭症(+2.0SD以上): [ なし・あり ]  |                        |   |                          |                        |  |                                |  |  |
| 症状                                     | 全身                         | 低身長(-2.0SD以下): [ なし・あり ]  |                        | 体重減少: [ なし・あり ]                             |                          |                        |  |                                |  |  |
|  | 消化器                        | 悪心・嘔吐: [ なし・あり ]  |                        |   |                          |                        |  |                                |  |  |
|  | 内分泌・代謝                     | 尿崩症: [ なし・あり ]  |                        | 性腺機能低下: [ なし・あり ]                           |                          |                        |  |                                |  |  |
|  | 精神・神経                      | 頭痛: [ なし・あり ]   |                        | 痙攣: [ なし・あり ]                               |                          | 意識障害: [ なし・あり ]        |  |                                |  |  |
|  |                            | 脳神経麻痺(顔面神経麻痺等): [ なし・あり ]   |                        | 四肢麻痺: [ なし・あり・不明 ]                          |                          | ふらつきまたは歩行異常: [ なし・あり ] |  |                                |  |  |
|  | 眼                          | 視野障害: [ なし・あり ]   |                        | 弱視: [ なし・あり ]                               |                          | 斜視: [ なし・あり ]          |  |                                |  |  |
|  | 眼球運動障害: [ なし・あり ]          |   | 視神経乳頭浮腫: [ 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 ]<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                                   | 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: ( )                    |   |                        |   |                          |                        |  |                                |  |  |

告示番号 **67** 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**

|  |  |
|--|--|
| 病理検査   | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|  | 部位：( )<br>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：( )<br>陰性抗原：( )   |
| 画像検査   | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
|  | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 遺伝学的検査   | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
|  | 染色体検査 (腫瘍細胞)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                      |
|  | 所見：( )   |
| 遺伝学的検査   | 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：( )   |
| 遺伝学的検査   | 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   | 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 )                                      |
| 画像検査   | 所見：( )   |
|  | 画像検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
| 画像検査   | 部位：( )<br>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  | 神経線維腫症1型の合併：[ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他)の合併：[ なし ・ あり ]                        |
|  | 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 ]   |
|  | 照射野：髄芽腫： [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                       |
|  | 照射野：胚細胞腫瘍： [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                          |
|  | 照射野：脳腫瘍 (その他)： [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]                          |
| 照射量：局所の合計 (未実施の場合 0)：( )Gy 照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0)：( )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 ]<br>術式：( )                                  |
| 今後の治療方針  | 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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                   |   | 59  |                    | 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                                     | 80 髄膜腫  |   |                    |               |   | 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<br>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              |               | 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 |   |   |                    |               |   |                        |                             |          |                 |
| 身体所見                                   | 大頭症(+2.0SD以上): [ なし・あり ]  |   |                    |               |   |                        |                             |          |                 |
| 症状                                     | 全身  | 低身長(-2.0SD以下): [ なし・あり ]  |                    |               | 体重減少: [ なし・あり ]                             |                        |                             |          |                 |
|  | 消化器   | 悪心・嘔吐: [ なし・あり ]  |                    |               |   |                        |                             |          |                 |
|  | 内分泌・代謝  | 尿崩症: [ なし・あり ]  |                    |               | 性腺機能低下: [ なし・あり ]                           |                        |                             |          |                 |
|  | 精神・神経   | 頭痛: [ なし・あり ]   |                    |               | 痙攣: [ なし・あり ]                               |                        | 意識障害: [ なし・あり ]             |          |                 |
|  |   | 脳神経麻痺(顔面神経麻痺等): [ なし・あり ]   |                    |               | 四肢麻痺: [ なし・あり・不明 ]                          |                        | ふらつきまたは歩行異常: [ なし・あり ]      |          |                 |
|  | 眼   | 視野障害: [ なし・あり ]   |                    |               | 弱視: [ なし・あり ]                               |                        | 斜視: [ なし・あり ]               |          |                 |
| 眼球運動障害: [ なし・あり ]                      |   |   | 視神経乳頭浮腫: [ 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 ]   |                    |               |   |                        |                             |          |                 |
|  | 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 ]                |   |   |                    |               |   |                        |                             |          |                 |
| 血液検査                                   | 二次がん: [ なし・あり ]   |   |                    |               |   |                        |                             |          |                 |
|  | 詳細: ( )   |   |                    |               |   |                        |                             |          |                 |
| 血液検査                                   | 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 |   |                        |                             |          |                 |
| 血液検査                                   | 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 |   |                        |                             |          |                 |
| 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                                   | 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 |   |                        |                             |          |                 |
| 血液検査                                   | 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: ( )                                |   |   |                    |               |   |                        |                             |          |                 |

告示番号 **59** 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**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 病理検査                      | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 細胞表面抗原検査                  | 細胞診 (脳脊髄液)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 所見：( )   |
| 画像検査                      | リンパ球サブセット解析：[ 未実施 ・ 実施 ]   |
|                           | 陽性抗原：( )<br>陰性抗原：( )   |
|                           | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
| 遺伝学的検査                    | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 検査所見 (その他)                | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | 染色体検査 (腫瘍細胞)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                      |
|                           | 所見：( )   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載      | 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：( )   |
| 血液検査                      | 遺伝子検査 (生殖細胞系列)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                    |
|                           | 所見：( )   |
|                           | 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 )                                     |
| 画像検査                      | 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 )                                      |
| 検査所見 (その他)                | 所見：( )   |
|                           | 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                       | 神経線維腫症1型の合併：[ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他)の合併：[ なし ・ あり ]                        |
|                           | 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 ]   |
|                           | 照射野：髄芽腫： [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                       |
|                           | 照射野：胚細胞腫瘍： [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                          |
|                           | 照射野：脳腫瘍 (その他)： [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]                          |
| 手術                        | 照射量：局所の合計 (未実施の場合 0)：( )Gy 照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0)：( )Gy               |
|                           | 腫瘍摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )                                     |
| 今後の治療方針                   | 摘出度：[ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]  |
|                           | 術式：( )   |
|                           | 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：( )  |
| 医療機関・医師署名                 | 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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



| 告示番号                                   |                            | 50  |                        | 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) |  | 2021a-001                      |  |  |
|--|----------------------------|---|------------------------|---|--------------------------|------------------------|--|--------------------------------|--|--|
| 病名                                     |                            | 81 下垂体腺腫  |                        | 受付種別  |                          | □ 新規                   |  | 1/2                            |  |  |
| 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 |  |  |
| 現在の身長・体重                               |                            | 身長 (測定日)  |                        | cm ( SD)                                    |                          | 体重 (測定日)               |  | kg ( SD) 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                                   |                            | 治療・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 |                            |   |                        |   |                          |                        |  |                                |  |  |
| 身体所見                                   |                            | 大頭症(+2.0SD以上): [ なし・あり ]  |                        |   |                          |                        |  |                                |  |  |
| 症状                                     | 全身                         | 低身長(-2.0SD以下): [ なし・あり ]  |                        | 体重減少: [ なし・あり ]                             |                          |                        |  |                                |  |  |
|  | 消化器                        | 悪心・嘔吐: [ なし・あり ]  |                        |   |                          |                        |  |                                |  |  |
|  | 内分泌・代謝                     | 尿崩症: [ なし・あり ]  |                        | 性腺機能低下: [ なし・あり ]                           |                          |                        |  |                                |  |  |
|  | 精神・神経                      | 頭痛: [ なし・あり ]   |                        | 痙攣: [ なし・あり ]                               |                          | 意識障害: [ なし・あり ]        |  |                                |  |  |
|  |                            | 脳神経麻痺(顔面神経麻痺等): [ なし・あり ]   |                        | 四肢麻痺: [ なし・あり・不明 ]                          |                          | ふらつきまたは歩行異常: [ なし・あり ] |  |                                |  |  |
|  | 眼                          | 視野障害: [ なし・あり ]   |                        | 弱視: [ なし・あり ]                               |                          | 斜視: [ なし・あり ]          |  |                                |  |  |
|  | 眼球運動障害: [ なし・あり ]          |   | 視神経乳頭浮腫: [ 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 ]<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                                   | 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: ( )                    |   |                        |   |                          |                        |  |                                |  |  |

告示番号 **50** 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**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 病理検査                      | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 細胞表面抗原検査                  | 細胞診 (脳脊髄液)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 所見：( )   |
| 画像検査                      | リンパ球サブセット解析：[ 未実施 ・ 実施 ]   |
|                           | 陽性抗原：( )<br>陰性抗原：( )   |
|                           | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
| 遺伝学的検査                    | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 検査所見 (その他)                | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | 染色体検査 (腫瘍細胞)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                      |
|                           | 所見：( )   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載      | 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：( )   |
| 血液検査                      | 遺伝子検査 (生殖細胞系列)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                    |
|                           | 所見：( )   |
|                           | 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 )                                     |
| 画像検査                      | 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 )                                      |
| 検査所見 (その他)                | 所見：( )   |
|                           | 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                       | 神経線維腫症1型の合併：[ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他)の合併：[ なし ・ あり ]                        |
|                           | 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 ]   |
|                           | 照射野：髄芽腫： [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                       |
|                           | 照射野：胚細胞腫瘍： [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                          |
|                           | 照射野：脳腫瘍 (その他)： [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]                          |
| 手術                        | 照射量：局所の合計 (未実施の場合 0)：( )Gy 照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0)：( )Gy               |
|                           | 腫瘍摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )                                     |
| 今後の治療方針                   | 摘出度：[ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]  |
|                           | 術式：( )   |
|                           | 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：( )  |
| 医療機関・医師署名                 | 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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                       |  | 56   |               | 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)                      |                               | 2021a-001                 |   | 1/2 |  |  |
|--|--|--|---------------|-----------------------------|-------------------------|---|-------------------------------|---------------------------|---|-----|--|--|
| 病名   | 82 神経節膠腫   |  |               |                             |                         | 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             |                           |   |     |  |  |
| 現在の身長・体重                                   | 身長 (測定日)   | cm ( SD)   |               | 体重 (測定日)                    | kg ( SD)                |   | BMI                           |                           |   |     |  |  |
| 発病時期                                       | 年 月 頃  |  | 初診日           | 年 月 日                       |                         |   |                               | 肥満度                       | % |     |  |  |
| 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 |  |  |               |                             |                         |   |                               |                           |   |     |  |  |
| 身体所見                                       | 大頭症 (+2.0SD以上) : [ なし ・ あり ]   |  |               |                             |                         |   |                               |                           |   |     |  |  |
| 症状   | 全身   | 低身長 (-2.0SD以下) : [ なし ・ あり ]   |               |                             |                         |   | 体重減少 : [ なし ・ あり ]            |                           |   |     |  |  |
|  | 消化器  | 悪心・嘔吐 : [ なし ・ あり ]  |               |                             |                         |   |                               |                           |   |     |  |  |
|  | 内分泌・代謝   | 尿崩症 : [ なし ・ あり ]  |               |                             |                         |   | 性腺機能低下 : [ なし ・ あり ]          |                           |   |     |  |  |
|  | 精神・神経  | 頭痛 : [ なし ・ あり ]   |               |                             | 痙攣 : [ なし ・ あり ]        |   |                               | 意識障害 : [ なし ・ あり ]        |   |     |  |  |
|  |  | 脳神経麻痺 ( 顔面神経麻痺等 ) : [ なし ・ あり ]  |               |                             | 四肢麻痺 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] |   |                               | ふらつきまたは歩行異常 : [ なし ・ あり ] |   |     |  |  |
|  | 眼  | 視野障害 : [ なし ・ あり ]   |               |                             | 弱視 : [ なし ・ あり ]        |   |                               | 斜視 : [ なし ・ あり ]          |   |     |  |  |
|  | 眼球運動障害 : [ なし ・ あり ]   |  |               | 視神経乳頭浮腫 : [ 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 ]   |               |                             |                         |   |                               |                           |   |     |  |  |
|  | 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                                       | 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 : ( )   |  |               |                             |                         |   |                               |                           |   |     |  |  |

告示番号 **56** 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**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 病理検査                      | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 細胞表面抗原検査                  | 細胞診 (脳脊髄液)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 所見：( )   |
| 画像検査                      | リンパ球サブセット解析：[ 未実施 ・ 実施 ]   |
|                           | 陽性抗原：( )<br>陰性抗原：( )   |
|                           | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
| 遺伝学的検査                    | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 検査所見 (その他)                | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | 染色体検査 (腫瘍細胞)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                      |
|                           | 所見：( )   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載      | 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：( )   |
| 血液検査                      | 遺伝子検査 (生殖細胞系列)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                    |
|                           | 所見：( )   |
|                           | 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 )                                     |
| 画像検査                      | 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 )                                      |
| 検査所見 (その他)                | 所見：( )   |
|                           | 部位：( )<br>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                       | 神経線維腫症1型の合併：[ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他)の合併：[ なし ・ あり ]                        |
|                           | 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 ]   |
|                           | 照射野：髄芽腫： [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                       |
|                           | 照射野：胚細胞腫瘍： [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                          |
|                           | 照射野：脳腫瘍 (その他)： [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]                          |
| 手術                        | 照射量：局所の合計 (未実施の場合 0)：( )Gy 照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0)：( )Gy               |
|                           | 腫瘍摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )                                     |
| 今後の治療方針                   | 摘出度：[ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]  |
|                           | 術式：( )   |
|                           | 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：( )  |
| 成長ホルモン治療申請の有無：[ なし ・ あり ] | 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                         |

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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                   |   | 57  |                        | 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                                     | 83 神経節腫 (神経節細胞腫)  |   |                        |                   |   | 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                  |                   | 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 |   |   |                        |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                  |
| 身体所見                                   | 大頭症(+2.0SD以上): [ なし・あり ]  |   |                        |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                  |
| 症状                                     | 全身  | 低身長(-2.0SD以下): [ なし・あり ]                                      |                        |                   |   | 体重減少: [ なし・あり ]         |                             |                          |    |           |                  |
|  | 消化器   | 悪心・嘔吐: [ なし・あり ]  |                        |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                  |
|  | 内分泌・代謝  | 尿崩症: [ なし・あり ]  |                        |                   |   | 性腺機能低下: [ なし・あり ]       |                             |                          |    |           |                  |
|  | 精神・神経   | 頭痛: [ なし・あり ]   |                        |                   | 痙攣: [ なし・あり ]                               |                         |                             | 意識障害: [ なし・あり ]          |    |           |                  |
|  |   | 脳神経麻痺(顔面神経麻痺等): [ なし・あり ]                                     |                        |                   | 四肢麻痺: [ なし・あり・不明 ]                          |                         |                             | ふらつきまたは歩行異常: [ なし・あり ]   |    |           |                  |
|  | 眼   | 視野障害: [ なし・あり ]   |                        |                   | 弱視: [ なし・あり ]                               |                         |                             | 斜視: [ なし・あり ]            |    |           |                  |
| 眼球運動障害: [ なし・あり ]                      |   |   | 視神経乳頭浮腫: [ 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 ]                            |                        |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                  |
|  | 耳鼻咽喉  | 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 ] |                        |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                  |
|  |   | 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 ]                |   |   |                        |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                  |
| その他                                    | 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                                   | 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: ( )                                |   |   |                        |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                  |

告示番号 **57** 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**

|                        |  |
|------------------------|--|
| 病理検査                   | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )   |
|                        | 細胞診 (脳脊髄液)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>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 ]<br>陽性抗原：( )<br>陰性抗原：( )   |
| 画像検査                   | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )  |
|                        | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )   |
|                        | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>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 )<br>所見：( )  |
|                        | 染色体検査 (生殖細胞系列)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )  |
|                        | 遺伝子検査 (腫瘍細胞)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )  |
|                        | 遺伝子検査 (生殖細胞系列)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>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                   | 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 )<br>所見：( )  |
| 画像検査                   | 画像検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>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                    | 神経線維腫症1型の合併：[ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他)の合併：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>照射野：髄芽腫： [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]<br>照射野：胚細胞腫瘍： [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]<br>照射野：脳腫瘍 (その他)： [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]<br>照射量：局所の合計 (未実施の場合 0)：( )Gy 照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0)：( )Gy |
| 手術                     | 腫瘍摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>摘出度：[ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>術式：( )  |
| 今後の治療方針                | 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 )<br>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<br>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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                   |   | 62  |                    | 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                                     | 84 脊索腫  |   |                    |                        |   | 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              |                        | 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 |   |   |                    |                        |   |                          |                             |          |           |  |
| 身体所見                                   | 大頭症(+2.0SD以上): [ なし・あり ]  |   |                    |                        |   |                          |                             |          |           |  |
| 症状                                     | 全身  | 低身長(-2.0SD以下): [ なし・あり ]                                |                    |                        | 体重減少: [ なし・あり ]                             |                          |                             |          |           |  |
|  | 消化器   | 悪心・嘔吐: [ なし・あり ]  |                    |                        |   |                          |                             |          |           |  |
|  | 内分泌・代謝  | 尿崩症: [ なし・あり ]  |                    |                        | 性腺機能低下: [ なし・あり ]                           |                          |                             |          |           |  |
|  | 精神・神経   | 頭痛: [ なし・あり ]   |                    |                        | 痙攣: [ なし・あり ]                               |                          | 意識障害: [ なし・あり ]             |          |           |  |
|  |   | 脳神経麻痺(顔面神経麻痺等): [ なし・あり ]                               |                    |                        | 四肢麻痺: [ なし・あり・不明 ]                          |                          | ふらつきまたは歩行異常: [ なし・あり ]      |          |           |  |
|  | 眼   | 視野障害: [ なし・あり ]   |                    |                        | 弱視: [ なし・あり ]                               |                          | 斜視: [ なし・あり ]               |          |           |  |
| その他                                    | 眼球運動障害: [ なし・あり ]   |   |                    | 視神経乳頭浮腫: [ なし・あり ]     |   |                          |                             |          |           |  |
| 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 ]   |                    |                        |   |                          |                             |          |           |  |
|  | 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                                   | 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                                     | ( )   |   |                    |                        |   |                          |                             |          |           |  |

告示番号 **62** 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**

|  |  |
|--|--|
| 病理検査   | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|  | 部位：( )<br>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：( )<br>陰性抗原：( )   |
| 画像検査   | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
|  | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 遺伝学的検査   | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
|  | 染色体検査 (腫瘍細胞)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                      |
|  | 所見：( )   |
| 遺伝学的検査   | 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：( )   |
| 遺伝学的検査   | 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   | 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 )                                      |
| 画像検査   | 所見：( )   |
|  | 画像検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
| 検査所見 (その他)   | 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  | 神経線維腫症1型の合併：[ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他)の合併：[ なし ・ あり ]                        |
|  | 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 ]   |
|  | 照射野：髄芽腫： [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                       |
|  | 照射野：胚細胞腫瘍： [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                          |
|  | 照射野：脳腫瘍 (その他)： [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]                          |
| 照射量：局所の合計 (未実施の場合 0)：( )Gy 照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0)：( )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 ]<br>術式：( )                                  |
| 今後の治療方針  | 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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



| 告示番号                                   |   | 66                                      |                        | 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                                     | 85 未分化神経外胚葉性腫瘍 (中枢性のものに限る。)(中枢神経系原始神経外胚葉性腫瘍)  |   |                        |              |   | 受付種別                    | <input type="checkbox"/> 新規 |                          |                 |  |
| 受給者番号                                  |   | 受診日                                     | 年 月 日                  |              |   |                         |                             |                          |                 |  |
| ふりがな<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<br>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                  |              | 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 |   |   |                        |              |   |                         |                             |                          |                 |  |
| 身体所見                                   | 大頭症(+2.0SD以上): [ なし・あり ]  |   |                        |              |   |                         |                             |                          |                 |  |
| 症状                                     | 全身  | 低身長(-2.0SD以下): [ なし・あり ]                |                        |              | 体重減少: [ なし・あり ]                             |                         |                             |                          |                 |  |
|  | 消化器   | 悪心・嘔吐: [ なし・あり ]                        |                        |              |   |                         |                             |                          |                 |  |
|  | 内分泌・代謝  | 尿崩症: [ なし・あり ]                          |                        |              | 性腺機能低下: [ なし・あり ]                           |                         |                             |                          |                 |  |
|  | 精神・神経   | 頭痛: [ なし・あり ]                           |                        |              | 痙攣: [ なし・あり ]                               |                         |                             | 意識障害: [ なし・あり ]          |                 |  |
|  |   | 脳神経麻痺(顔面神経麻痺等): [ なし・あり ]               |                        |              | 四肢麻痺: [ なし・あり・不明 ]                          |                         |                             | ふらつきまたは歩行異常: [ なし・あり ]   |                 |  |
|  | 眼   | 視野障害: [ なし・あり ]                         |                        |              | 弱視: [ なし・あり ]                               |                         |                             | 斜視: [ なし・あり ]            |                 |  |
| その他                                    | 眼球運動障害: [ なし・あり ] 視神経乳頭浮腫: [ なし・あり ]  |   |                        |              |   |                         |                             |                          |                 |  |
| 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                                   | 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: ( )                                |   |   |                        |              |   |                         |                             |                          |                 |  |

告示番号 **66** 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**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 病理検査                      | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 細胞表面抗原検査                  | 細胞診 (脳脊髄液)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 所見：( )   |
| 画像検査                      | リンパ球サブセット解析：[ 未実施 ・ 実施 ]   |
|                           | 陽性抗原：( )<br>陰性抗原：( )   |
|                           | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
| 遺伝学的検査                    | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 検査所見 (その他)                | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | 染色体検査 (腫瘍細胞)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                      |
|                           | 所見：( )   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載      | 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：( )   |
| 血液検査                      | 遺伝子検査 (生殖細胞系列)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                    |
|                           | 所見：( )   |
|                           | 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 )                                     |
| 画像検査                      | 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 )                                      |
| 検査所見 (その他)                | 所見：( )   |
|                           | 部位：( )<br>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                       | 神経線維腫症1型の合併：[ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他)の合併：[ なし ・ あり ]                        |
|                           | 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 ]   |
|                           | 照射野：髄芽腫： [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                       |
|                           | 照射野：胚細胞腫瘍： [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                          |
|                           | 照射野：脳腫瘍 (その他)： [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]                          |
| 手術                        | 照射量：局所の合計 (未実施の場合 0)：( )Gy 照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0)：( )Gy               |
|                           | 腫瘍摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )                                     |
| 今後の治療方針                   | 摘出度：[ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]  |
|                           | 術式：( )   |
|                           | 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：( )  |
| 成長ホルモン治療申請の有無：[ なし ・ あり ] | 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                         |

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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                   |   | 49  |                        | 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                                     | 86 異型奇形腫瘍/ラブドイド腫瘍 (非定型奇形腫様ラブドイド腫瘍)  |   |                        |                   |   | 受付種別                    | <input type="checkbox"/> 新規 |                          |    |           |                   |
| 受給者番号                                  |   | 受診日   | 年 月 日                  |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                   |
| ふりがな<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                  |                   | 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 |   |   |                        |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                   |
| 身体所見                                   | 大頭症(+2.0SD以上): [ なし・あり ]  |   |                        |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                   |
| 症状                                     | 全身  | 低身長(-2.0SD以下): [ なし・あり ]                                      |                        |                   |   | 体重減少: [ なし・あり ]         |                             |                          |    |           |                   |
|  | 消化器   | 悪心・嘔吐: [ なし・あり ]  |                        |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                   |
|  | 内分泌・代謝  | 尿崩症: [ なし・あり ]  |                        |                   |   | 性腺機能低下: [ なし・あり ]       |                             |                          |    |           |                   |
|  | 精神・神経   | 頭痛: [ なし・あり ]   |                        |                   | 痙攣: [ なし・あり ]                               |                         |                             | 意識障害: [ なし・あり ]          |    |           |                   |
|  |   | 脳神経麻痺(顔面神経麻痺等): [ なし・あり ]                                     |                        |                   | 四肢麻痺: [ なし・あり・不明 ]                          |                         |                             | ふらつきまたは歩行異常: [ なし・あり ]   |    |           |                   |
|  | 眼   | 視野障害: [ なし・あり ]   |                        |                   | 弱視: [ なし・あり ]                               |                         |                             | 斜視: [ なし・あり ]            |    |           |                   |
| 眼球運動障害: [ なし・あり ]                      |   |   | 視神経乳頭浮腫: [ 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 ]                            |                        |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                   |
|  | 耳鼻咽喉  | 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 ] |                        |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                   |
|  |   | 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 ]                |   |   |                        |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                   |
| その他                                    | 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                                   | 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: ( )                                |   |   |                        |                   |   |                         |                             |                          |    |           |                   |

告示番号 **49** 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**

|  |   |
|--|---|
| 病理検査   | 組織診: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )  |
|  | 部位: ( )<br>所見: ( )  |
| 細胞診 (脳脊髄液)   | [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )   |
|  | 部位: ( )<br>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: ( )<br>陰性抗原: ( )  |
| 画像検査   | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )   |
|  | 部位: ( )<br>所見: ( )  |
|  | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )  |
| 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 )                                     |
|  | 部位: ( )<br>所見: ( )  |
|  | 染色体検査 (生殖細胞系列): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )                                   |
| 検査所見 (その他)   | 遺伝子検査 (腫瘍細胞): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )                                     |
|  | 部位: ( )<br>所見: ( )  |
|  | 遺伝子検査 (生殖細胞系列): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )                                   |
| 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   | 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 )                                     |
| 画像検査   | 部位: ( )<br>所見: ( )  |
|  | 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  | 神経線維腫症1型の合併: [ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他) の合併: [ なし ・ あり ]                      |
|  | 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 ]   |
|  | 照射野: 髄芽腫: [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                       |
|  | 照射野: 胚細胞腫瘍: [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                          |
|  | 照射野: 脳腫瘍 (その他): [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]                          |
| 照射量: 局所の合計 (未実施の場合 0): ( )Gy 照射量: 全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0): ( )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 ]<br>術式: ( )                                 |
| 今後の治療方針  | 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 \_\_\_\_\_

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( \_\_\_\_\_ )

| 告示番号                                   |   | 48                                      |                         | 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                                     | 87 悪性神経鞘腫 (悪性末梢神経鞘腫瘍)   |   |                         |              |   | 受付種別                     | <input type="checkbox"/> 新規 |                           |    |           |  |
| 受給者番号                                  |   | 受診日                                     | 年 月 日                   |              |   |                          |                             |                           |    |           |  |
| ふりがな<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                   |              | 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 |   |   |                         |              |   |                          |                             |                           |    |           |  |
| 身体所見                                   | 大頭症(+2.0SD以上): [ なし・あり ]  |   |                         |              |   |                          |                             |                           |    |           |  |
| 症状                                     | 全身  | 低身長(-2.0SD以下): [ なし・あり ]                |                         |              |   | 体重減少: [ なし・あり ]          |                             |                           |    |           |  |
|  | 消化器   | 悪心・嘔吐: [ なし・あり ]                        |                         |              |   |                          |                             |                           |    |           |  |
|  | 内分泌・代謝  | 尿崩症: [ なし・あり ]                          |                         |              |   | 性腺機能低下: [ なし・あり ]        |                             |                           |    |           |  |
|  | 精神・神経   | 頭痛: [ なし・あり ]                           |                         |              | 痙攣: [ なし・あり ]                               |                          |                             | 意識障害: [ なし・あり ]           |    |           |  |
|  |   | 脳神経麻痺(顔面神経麻痺等): [ なし・あり ]               |                         |              | 四肢麻痺: [ なし・あり・不明 ]                          |                          |                             | ふらつきまたは歩行異常: [ なし・あり ]    |    |           |  |
|  | 眼   | 視野障害: [ なし・あり ]                         |                         |              | 弱視: [ なし・あり ]                               |                          |                             | 斜視: [ なし・あり ]             |    |           |  |
| その他                                    | 眼球運動障害: [ なし・あり ] 視神経乳頭浮腫: [ 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                                   | 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: ( )                                |   |   |                         |              |   |                          |                             |                           |    |           |  |

告示番号 **48** 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**

|  |  |
|--|--|
| 病理検査   | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|  | 部位：( )<br>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：( )<br>陰性抗原：( )   |
| 画像検査   | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
|  | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 遺伝学的検査   | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
|  | 染色体検査 (腫瘍細胞)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                      |
|  | 所見：( )   |
| 遺伝学的検査   | 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：( )   |
| 遺伝学的検査   | 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   | 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 )                                      |
| 画像検査   | 所見：( )   |
|  | 画像検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
| 画像検査   | 部位：( )<br>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  | 神経線維腫症1型の合併：[ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他)の合併：[ なし ・ あり ]                        |
|  | 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 ]   |
|  | 照射野：髄芽腫： [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                       |
|  | 照射野：胚細胞腫瘍： [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                          |
|  | 照射野：脳腫瘍 (その他)： [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]                          |
| 照射量：局所の合計 (未実施の場合 0)：( )Gy 照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0)：( )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 ]<br>術式：( )                                  |
| 今後の治療方針  | 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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                    |  | 55   |                           | 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                                      | 88 神経鞘腫  |  |                           |                     |                           | 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               |                           | 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 |  |  |                           |                     |                           |   |                             |                          |     |  |  |
| 身体所見                                    | 大頭症 (+2.0SD以上): [ なし ・ あり ]  |  |                           |                     |                           |   |                             |                          |     |  |  |
| 症状                                      | 全身   | 低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]                  |                           |                     |                           | 体重減少: [ なし ・ あり ]                           |                             |                          |     |  |  |
|   | 消化器  | 悪心・嘔吐: [ なし ・ あり ]                           |                           |                     |                           |   |                             |                          |     |  |  |
|   | 内分泌・代謝   | 尿崩症: [ なし ・ あり ]                             |                           |                     |                           | 性腺機能低下: [ なし ・ あり ]                         |                             |                          |     |  |  |
|   | 精神・神経  | 頭痛: [ なし ・ あり ]                              |                           |                     |                           | 痙攣: [ なし ・ あり ]                             |                             | 意識障害: [ なし ・ あり ]        |     |  |  |
|   |  | 脳神経麻痺 (顔面神経麻痺等): [ なし ・ あり ]                 |                           |                     |                           | 四肢麻痺: [ なし ・ あり ・ 不明 ]                      |                             | ふらつきまたは歩行異常: [ なし ・ あり ] |     |  |  |
|   | 眼  | 視野障害: [ なし ・ あり ]                            |                           |                     |                           | 弱視: [ なし ・ あり ]                             |                             | 斜視: [ なし ・ あり ]          |     |  |  |
| その他                                     | 眼球運動障害: [ なし ・ あり ] 視神経乳頭浮腫: [ なし ・ あり ]   |  |                           |                     |                           |   |                             |                          |     |  |  |
| 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                                    | 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: ( )                                 |  |  |                           |                     |                           |   |                             |                          |     |  |  |

告示番号 **55** 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**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 病理検査                      | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 細胞表面抗原検査                  | 細胞診 (脳脊髄液)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 所見：( )   |
| 画像検査                      | リンパ球サブセット解析：[ 未実施 ・ 実施 ]   |
|                           | 陽性抗原：( )<br>陰性抗原：( )   |
|                           | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
| 遺伝学的検査                    | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 検査所見 (その他)                | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|                           | 部位：( )<br>所見：( )   |
|                           | 染色体検査 (腫瘍細胞)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                      |
|                           | 所見：( )   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載      | 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：( )   |
| 血液検査                      | 遺伝子検査 (生殖細胞系列)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                    |
|                           | 所見：( )   |
|                           | 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 )                                     |
| 画像検査                      | 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 )                                      |
| 検査所見 (その他)                | 所見：( )   |
|                           | 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                       | 神経線維腫症1型の合併：[ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他)の合併：[ なし ・ あり ]                        |
|                           | 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 ]   |
|                           | 照射野：髄芽腫： [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                       |
|                           | 照射野：胚細胞腫瘍： [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                          |
|                           | 照射野：脳腫瘍 (その他)： [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]                          |
| 手術                        | 照射量：局所の合計 (未実施の場合 0)：( )Gy 照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0)：( )Gy               |
|                           | 腫瘍摘出術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )                                     |
| 今後の治療方針                   | 摘出度：[ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]  |
|                           | 術式：( )   |
|                           | 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：( )  |
| 医療機関・医師署名                 | 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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )



| 告示番号                                       |                                       | 51   |                       | 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) |  | 2021a-001         |  |  |  |
|--|---------------------------------------|--|-----------------------|--|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|------------------------|--|-------------------|--|--|--|
| 病名   |                                       | 89 奇形腫 (頭蓋内及び脊柱管内に限る。)   |                       | 受付種別   |                               | □ 新規                          |                 |                        |  |                   |  |  |  |
| 受給者番号                                      |                                       |  |                       | 受診日  |                               | 年 月 日                         |                 |                        |  |                   |  |  |  |
| ふりがな                                       |                                       |  |                       | (変更があった場合)                                       |                               |                               |                 |                        |  |                   |  |  |  |
| 氏名   |                                       |  |                       | ふりがな   |                               |                               |                 |                        |  |                   |  |  |  |
| (Alphabet)                                 |                                       |  |                       | 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  |                               | 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 |                                       |  |                       |  |                               |                               |                 |                        |  |                   |  |  |  |
| 身体所見                                       |                                       | 大頭症 (+2.0SD以上) : [ なし ・ あり ]   |                       |  |                               |                               |                 |                        |  |                   |  |  |  |
| 症状   | 全身                                    | 低身長 (-2.0SD以下) : [ なし ・ あり ]   |                       |  |                               | 体重減少 : [ なし ・ あり ]            |                 |                        |  |                   |  |  |  |
|  | 消化器                                   | 悪心・嘔吐 : [ なし ・ あり ]  |                       |  |                               |                               |                 |                        |  |                   |  |  |  |
|  | 内分泌・代謝                                | 尿崩症 : [ なし ・ あり ]  |                       |  |                               | 性腺機能低下 : [ なし ・ あり ]          |                 |                        |  |                   |  |  |  |
|  | 精神・神経                                 | 頭痛 : [ なし ・ あり ]   |                       | 痙攣 : [ なし ・ あり ]                                 |                               | 意識障害 : [ なし ・ あり ]            |                 |                        |  |                   |  |  |  |
|  |                                       | 脳神経麻痺 ( 顔面神経麻痺等 ) : [ なし ・ あり ]  |                       | 四肢麻痺 : [ なし ・ あり ・ 不明 ]                          |                               | ふらつきまたは歩行異常 : [ なし ・ あり ]     |                 |                        |  |                   |  |  |  |
|  | 眼                                     | 視野障害 : [ なし ・ あり ]   |                       | 弱視 : [ なし ・ あり ]                                 |                               | 斜視 : [ なし ・ あり ]              |                 |                        |  |                   |  |  |  |
|  | 眼球運動障害 : [ なし ・ あり ]                  |  | 視神経乳頭浮腫 : [ 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 ]   |                       |  |                               |                               |                 |                        |  |                   |  |  |  |
|  | 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                                       | 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 : ( )                              |  |                       |  |                               |                               |                 |                        |  |                   |  |  |  |

告示番号 **51** 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**

|                            |   |
|----------------------------|---|
| 病理検査                       | 組織診: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )  |
|                            | 部位: ( )<br>所見: ( )  |
| 細胞表面抗原検査                   | 細胞診 (脳脊髄液): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )                                       |
|                            | 所見: ( )   |
| 画像検査                       | リンパ球サブセット解析: [ 未実施 ・ 実施 ]   |
|                            | 陽性抗原: ( )<br>陰性抗原: ( )  |
|                            | CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )   |
| 遺伝学的検査                     | 部位: ( )<br>所見: ( )  |
|                            | MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )  |
|                            | 部位: ( )<br>所見: ( )  |
| 検査所見 (その他)                 | 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )                                       |
|                            | 部位: ( )<br>所見: ( )  |
|                            | 染色体検査 (腫瘍細胞): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )                                     |
|                            | 所見: ( )   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載       | 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: ( )   |
| 血液検査                       | 遺伝子検査 (生殖細胞系列): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )                                   |
|                            | 所見: ( )   |
|                            | 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 )                                    |
| 画像検査                       | 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 )                                     |
| 検査所見 (その他)                 | 所見: ( )   |
|                            | 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                        | 神経線維腫症1型の合併: [ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他) の合併: [ なし ・ あり ]                      |
|                            | 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 ]   |
|                            | 照射野: 髄芽腫: [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                       |
|                            | 照射野: 胚細胞腫瘍: [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                          |
|                            | 照射野: 脳腫瘍 (その他): [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]                          |
| 手術                         | 照射量: 局所の合計 (未実施の場合 0): ( )Gy 照射量: 全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0): ( )Gy            |
|                            | 腫瘍摘出術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 )                                    |
| 今後の治療方針                    | 摘出度: [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]  |
|                            | 術式: ( )   |
|                            | 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: ( )  |
| 医療機関・医師署名                  | 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 \_\_\_\_\_

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( \_\_\_\_\_ )

| 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                                      | 90 頭蓋内胚細胞腫瘍  |  |                     |                           |                        | 受付種別  | <input type="checkbox"/> 新規 |                          |               |  |                    |
| 受給者番号                                   |  |  |                     | 受診日                       | 年 月 日                  |   |                             |                          |               |  |                    |
| ふりがな<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                     |                        | 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 |  |  |                     |                           |                        |   |                             |                          |               |  |                    |
| 身体所見                                    | 大頭症 (+2.0SD以上): [ なし ・ あり ]  |  |                     |                           |                        |   |                             |                          |               |  |                    |
| 症状                                      | 全身   | 低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]              |                     |                           |                        | 体重減少: [ なし ・ あり ]                           |                             |                          |               |  |                    |
|   | 消化器  | 悪心・嘔吐: [ なし ・ あり ]                       |                     |                           |                        |   |                             |                          |               |  |                    |
|   | 内分泌・代謝   | 尿崩症: [ なし ・ あり ]                         |                     |                           |                        | 性腺機能低下: [ なし ・ あり ]                         |                             |                          |               |  |                    |
|   | 精神・神経  | 頭痛: [ なし ・ あり ]                          |                     |                           | 痙攣: [ なし ・ あり ]        |   |                             | 意識障害: [ なし ・ あり ]        |               |  |                    |
|   |  | 脳神経麻痺 (顔面神経麻痺等): [ なし ・ あり ]             |                     |                           | 四肢麻痺: [ なし ・ あり ・ 不明 ] |   |                             | ふらつきまたは歩行異常: [ なし ・ あり ] |               |  |                    |
|   | 眼  | 視野障害: [ なし ・ あり ]                        |                     |                           | 弱視: [ なし ・ あり ]        |   |                             | 斜視: [ なし ・ あり ]          |               |  |                    |
| その他                                     | 眼球運動障害: [ なし ・ あり ] 視神経乳頭浮腫: [ なし ・ あり ]   |  |                     |                           |                        |   |                             |                          |               |  |                    |
| 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                                    | 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: ( )                                 |  |  |                     |                           |                        |   |                             |                          |               |  |                    |

告示番号 **61** 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**

|  |  |
|--|--|
| 病理検査   | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|  | 部位：( )<br>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：( )<br>陰性抗原：( )   |
| 画像検査   | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
|  | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
| 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 )                                      |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
|  | 染色体検査 (生殖細胞系列)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                    |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 検査所見 (その他)   | 染色体検査 (腫瘍細胞)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                      |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
|  | 染色体検査 (生殖細胞系列)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                    |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載   | 検査所見 (その他)：( )   |
| 血液検査   | 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 )                                      |
| 画像検査   | 部位：( )<br>所見：( )   |
|  | 検査所見 (その他)：( )   |
| その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載   | 検査所見 (その他)：( )   |
| 合併症  | 神経線維腫症1型の合併：[ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他)の合併：[ なし ・ あり ]                        |
|  | 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 ]   |
|  | 照射野：髄芽腫： [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                       |
|  | 照射野：胚細胞腫瘍： [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                          |
|  | 照射野：脳腫瘍 (その他)： [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]                          |
| 照射量：局所の合計 (未実施の場合 0)：( )Gy 照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0)：( )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 ]<br>術式：( )                                  |
| 今後の治療方針  | 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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

| 告示番号                                    |  | 69   |    | 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) |   |                        |                             |          |                             |                          |       |     |   |
|---|--|--|----|-------------------------------------|---|------------------------|-----------------------------|----------|-----------------------------|--------------------------|-------|-----|---|
| 病名                                      | 91   | 70から90までに掲げるもののほか、中枢神経系腫瘍<br>(具体的な疾病名: )       |    |                                     |   | 受付種別                   | <input type="checkbox"/> 新規 |          |                             |                          |       |     |   |
| 受給者番号                                   |  | 受診日  | 年  | 月                                   | 日   |                        |                             |          |                             |                          |       |     |   |
| ふりがな                                    |  |  |    |                                     | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(Alphabet) |                        |                             |          |                             |                          |       |     |   |
| 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<br>(測定日)  | 年  | 月  | 日                                   | cm ( SD)                                    | 体重<br>(測定日)            | 年                           | 月        | 日                           | kg ( SD)                 | 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 |  |  |    |                                     |   |                        |                             |          |                             |                          |       |     |   |
| 身体所見                                    | 大頭症 (+2.0SD以上): [ なし ・ あり ]  |  |    |                                     |   |                        |                             |          |                             |                          |       |     |   |
| 症状                                      | 全身   | 低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]                    |    |                                     |   | 体重減少: [ なし ・ あり ]      |                             |          |                             |                          |       |     |   |
|   | 消化器  | 悪心・嘔吐: [ なし ・ あり ]                             |    |                                     |   |                        |                             |          |                             |                          |       |     |   |
|   | 内分泌・代謝   | 尿崩症: [ なし ・ あり ]                               |    |                                     |   | 性腺機能低下: [ なし ・ あり ]    |                             |          |                             |                          |       |     |   |
|   | 精神・神経  | 頭痛: [ なし ・ あり ]                                |    |                                     |   | 痙攣: [ なし ・ あり ]        |                             |          |                             | 意識障害: [ なし ・ あり ]        |       |     |   |
|   |  | 脳神経麻痺 (顔面神経麻痺等): [ なし ・ あり ]                   |    |                                     |   | 四肢麻痺: [ なし ・ あり ・ 不明 ] |                             |          |                             | ふらつきまたは歩行異常: [ なし ・ あり ] |       |     |   |
|   | 眼  | 視野障害: [ なし ・ あり ]                              |    |                                     |   | 弱視: [ なし ・ あり ]        |                             |          |                             | 斜視: [ なし ・ あり ]          |       |     |   |
|   | 眼球運動障害: [ なし ・ あり ]  |  |    |                                     | 視神経乳頭浮腫: [ 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 ]                              |    |                                     |   |                        |                             |          |                             |                          |       |     |   |
|   | 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                                    | 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: ( )  |  |    |                                     |   |                        |                             |          |                             |                          |       |     |   |

告示番号 **69** 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**

|  |  |
|--|--|
| 病理検査   | 組織診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|  | 部位：( )<br>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：( )<br>陰性抗原：( )   |
| 画像検査   | CT検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
|  | MRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )   |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
| 遺伝学的検査   | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
|  | 部位：( )<br>所見：( )   |
|  | 染色体検査 (腫瘍細胞)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                      |
|  | 所見：( )   |
| 遺伝学的検査   | 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：( )   |
| 遺伝学的検査   | 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   | 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 )                                      |
| 画像検査   | 所見：( )   |
|  | 画像検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )  |
| 画像検査   | 部位：( )<br>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  | 神経線維腫症1型の合併：[ なし ・ あり ] 遺伝性腫瘍症候群 (その他)の合併：[ なし ・ あり ]                        |
|  | 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 ]   |
|  | 照射野：髄芽腫： [ 局所 ・ 後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+後頭蓋窩 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                       |
|  | 照射野：胚細胞腫瘍： [ 局所 ・ 全脳室 ・ 全脳室+局所 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ]                          |
|  | 照射野：脳腫瘍 (その他)： [ 局所 ・ 全脳 ・ 全脳全脊髄 ・ 全脳全脊髄+局所 ・ その他 ]                          |
| 照射量：局所の合計 (未実施の場合 0)：( )Gy 照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄 (未実施の場合 0)：( )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 ]<br>術式：( )                                  |
| 今後の治療方針  | 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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )