

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〈継続申請用〉		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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD)		体重 (測定日)		kg (SD)		BMI			
				年 月 日				年 月 日		肥満度 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()											
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり	
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)							
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		
臨床所見 (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 (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)												
画像検査	腫瘍マーカー (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)												
	所見: ()												
検査所見 (その他)	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)												
	部位: () 所見: ()												
検査所見 (その他): ()													

2021a-001

2/2

その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載

合併症

合併症（その他）：（ ）

経過（申請時） ※直近の状況を記載

藥物療法

化学療法：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]

移植

同種造血幹細胞移植：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日)

放射線治療

放射線治療：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量：()Gy

手術

腫瘍摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日)

摘出度：[生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]

術式：()

今後の治療方針

治療計画：[積極的治療継続 ・ 治療終了（計画的経過観察） ・ その他]

治療計画（その他）：（ ）

積極的治療：治療終了日：(年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性：[なし ・ あり]

治療終了者に対する計画的フォローアップレベル：[一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]

今後の治療方針：（ ）

治療見込み期間（入院） 開始日：（ 年 月 日 ） 終了日：（ 年 月 日 ）

治療見込み期間（外来） 開始日：（ 年 月 日 ） 終了日：（ 年 月 日 ） 通院頻度：（ ）回／月

成長ホルモン治療申請の有無：[なし ・ あり]

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名

記載年月日 年 月 日

医療機関住所

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()