

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)		1/3			
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						
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数		在胎 週		日						
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満 歳		か月 日				
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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)		2/3
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 ⁴ /μL
病理検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
	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]	
	陽性抗原: ()	陰性抗原: ()
画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
	部位: ()	所見: ()
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
	所見: ()	
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
	所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
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 ⁴ /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)
	所見: ()	
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
	所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり]	
	詳細: ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明]	
	他施設名: ()	
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	実施日: (年 月 日)	
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	頭部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	四肢: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	全身 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	限定領域 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
手術	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	実施日: (年 月 日)	
	術式: ()	
治療	治療 (その他): ()	
治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中]	
	現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他]	
	現在の状態 (その他): ()	
今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]	
	治療計画 (その他): ()	
	積極的治療: 治療終了日: (年 月 日)	
	治療終了者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]	
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 ()	

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3		
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			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)				
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()									
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 () 市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日						
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢 満 歳 か月 日							
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 %	
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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)		2/3
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 ⁴ /μL	
病理検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	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]	
	陽性抗原: () 陰性抗原: ()	
画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	部位: () 所見: ()	
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	所見: () 遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
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 ⁴ /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)	
	所見: () 遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()	
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)	
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	頭部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	全身 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 限定領域 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
手術	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()	
治療	治療 (その他): ()	
治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中]	
	現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()	
今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): () 積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]	
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]	
	今後の治療方針: ()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月	
	成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]	
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 ()	

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3		
病名	3 T細胞急性リンパ性白血病					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()			
	資格取得年月日		年	月	日					
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()			
生年月日	年		月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()							
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日				
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日
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	%
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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 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)		2/3
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 ⁴ /μL
病理検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
	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]	
	陽性抗原: ()	陰性抗原: ()
画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
	部位: ()	所見: ()
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
	所見: ()	
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
	所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
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 ⁴ /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)
	所見: ()	
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)
	所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり]	
	詳細: ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明]	
	他施設名: ()	
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	実施日: (年 月 日)	
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	頭部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	眼:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	胸部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	骨盤部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	全身 (造血細胞移植):	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 限定領域 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
手術	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	実施日: (年 月 日)	
	術式: ()	
治療	治療 (その他): ()	
治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中]	
	現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他]	
	現在の状態 (その他): ()	
今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]	
	治療計画 (その他): ()	
	積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]	
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]	
	今後の治療方針: ()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日)	
	治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日)	通院頻度: ()回/月
	成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]	
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 ()	

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)	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3			
病名	4 急性骨髄性白血病、最末分化					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規						
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)							
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数	在胎 週		日							
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満 歳		か月 日					
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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) **2/3**

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 ⁴ /μL	
病理検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 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] 陽性抗原: () 陰性抗原: ()	
	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()	
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
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 ⁴ /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) 所見: ()	
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()	
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)	
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 頭部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 全身 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 限定領域 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()	
	治療 (その他): ()	
	治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中] 現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()
	今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): () 積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]
		治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]
今後の治療方針: ()		
治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月		
成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]		
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 ()	

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3		
病名	5 成熟を伴わない急性骨髄性白血病					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()									
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 () 市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日						
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢 満 歳 か月 日							
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	%			
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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 **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) **2/3**

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 ⁴ /μL	
病理検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 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] 陽性抗原: () 陰性抗原: ()	
	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()	
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
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 ⁴ /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) 所見: ()	
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()	
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)	
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 頭部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 全身 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 限定領域 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()	
	治療 (その他): ()	
	治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中] 現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()
	今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): () 積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]
		治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]
今後の治療方針: ()		
治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月		
成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]		
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 ()	

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3	
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		
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日						
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)			
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()								
生年月日	年 月 日		性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 () 市区町村 ()								
出生体重	g		出生週数		在胎 週 日				
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日				
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	%		
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									
最終受診日	(年 月 日)								
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 **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) **2/3**

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 ⁴ /μL	
病理検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 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] 陽性抗原: () 陰性抗原: ()	
	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()	
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
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 ⁴ /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) 所見: ()	
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()	
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)	
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 頭部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 全身 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 限定領域 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()	
	治療 (その他): ()	
	治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中] 現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()
	今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): () 積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]
		治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]
今後の治療方針: ()		
治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月 成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]		
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 ()	

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3			
病名	7 急性前骨髄球性白血病						受付種別	<input type="checkbox"/> 新規					
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)						
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数	在胎 週		日							
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満 歳		か月 日					
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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) **2/3**

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 フィブリノゲン: ()mg/dL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL FDP: ()μg/mL・未実施	血小板数: ()×10 ⁴ /μL
病理検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日)	
	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] 陽性抗原: () 陰性抗原: ()		
画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施] 部位: () 所見: ()	実施日: (年 月 日)	
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日)	
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 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 フィブリノゲン: ()mg/dL	ヘモグロビン (Hb): ()g/dL FDP: ()μg/mL・未実施	血小板数: ()×10 ⁴ /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] 所見: ()	実施日: (年 月 日)	
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 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] 詳細: ()		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
積極的治療の 施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()		
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]		
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)		
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 頭部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 全身 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 限定領域 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]		
手術	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()		
治療	治療 (その他): ()		
治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中]		
	現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()		
今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): ()		
	積極的治療: 治療終了日: (年 月 日)		治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]		
	今後の治療方針: ()		
就学・就労状況	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]		
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 ()		

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3		
病名	8 急性骨髄単球性白血病					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()			
	資格取得年月日		年	月	日					
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)				
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()			
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()							
出生体重	g		出生週数	在胎 週		日				
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日
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	%
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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)		2/3
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 ⁴ /μL	
病理検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	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]	
	陽性抗原: () 陰性抗原: ()	
画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	部位: () 所見: ()	
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	所見: () 遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
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 ⁴ /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)	
	所見: () 遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()	
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)	
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	頭部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	全身 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 限定領域 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
手術	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()	
治療	治療 (その他): ()	
治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中]	
	現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()	
今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): () 積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]	
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]	
	今後の治療方針: ()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月	
	成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]	
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 ()	

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3			
病名	9 急性単球性白血病					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規						
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数		在胎 週		日						
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満 歳		か月 日				
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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 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)		2/3
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 ⁴ /μL	
病理検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	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]	
	陽性抗原: () 陰性抗原: ()	
画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	部位: () 所見: ()	
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	所見: () 遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
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 ⁴ /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)	
	所見: () 遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()	
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)	
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	頭部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	全身 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 限定領域 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
手術	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()	
治療	治療 (その他): ()	
治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中]	
	現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()	
今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): () 積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]	
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]	
	今後の治療方針: ()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月	
	成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]	
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 ()	

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)	1/3
-------------	-----------	--------------	--	-----------	-------------------------------	------------

病名	10 急性赤白血病					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日						
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)				
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()								
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地	都道府県 () 市区町村 ()								
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日					
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢 満 歳 か月 日						
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	%		
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									
最終受診日	(年 月 日)								
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 **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) **2/3**

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 ⁴ /μL	
病理検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 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] 陽性抗原: () 陰性抗原: ()	
	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()	
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
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 ⁴ /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) 所見: ()	
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()	
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)	
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 頭部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 全身 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 限定領域 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()	
	治療 (その他): ()	
	治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中] 現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()
	今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): () 積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]
		治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]
今後の治療方針: ()		
治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月		
成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]		
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 ()	

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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) **1/3**

病名	11 急性巨核芽球性白血病			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日						
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)			
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()						
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県 () 市区町村 ()						
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日			
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日			
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	%
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							
最終受診日	(年 月 日)						
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 **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) **2/3**

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 ⁴ /μL	
病理検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 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] 陽性抗原: () 陰性抗原: ()	
	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()	
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
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 ⁴ /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) 所見: ()	
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()	
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)	
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 頭部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 全身 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 限定領域 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()	
	治療 (その他): ()	
	治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中] 現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()
	今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): () 積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]
		治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]
今後の治療方針: ()		
治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月		
成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]		
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 ()	

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3		
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			
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()			
	資格取得年月日		年	月	日					
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)				
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()			
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()							
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日				
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日
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	%
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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 **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) **2/3**

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 ⁴ /μL	
病理検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 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] 陽性抗原: () 陰性抗原: ()	
	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()	
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
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 ⁴ /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) 所見: ()	
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()	
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)	
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 頭部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 全身 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 限定領域 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()	
	治療 (その他): ()	
	治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中] 現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()
	今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): () 積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]
		治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]
今後の治療方針: ()		
治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月		
成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]		
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 ()	

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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) **1/3**

病名	13 慢性骨髄性白血病			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日						
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)			
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()						
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県 () 市区町村 ()						
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日			
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日			
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	%
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							
最終受診日	(年 月 日)						
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 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)		2/3
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 ⁴ /μL	
病理検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	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]	
	陽性抗原: () 陰性抗原: ()	
画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	部位: () 所見: ()	
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	所見: () 遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
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 ⁴ /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)	
	所見: () 遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()	
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)	
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	頭部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	全身 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 限定領域 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
手術	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()	
治療	治療 (その他): ()	
治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中]	
	現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()	
今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): () 積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]	
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]	
	今後の治療方針: ()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月	
	成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]	
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 ()	

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3		
病名	14 慢性骨髄単球性白血病					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()			
	資格取得年月日		年	月	日					
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)				
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()			
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()							
出生体重	g		出生週数	在胎 週		日				
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日
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	%
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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 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)		2/3
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 ⁴ /μL	
病理検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	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]	
	陽性抗原: () 陰性抗原: ()	
画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	部位: () 所見: ()	
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	所見: () 遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
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 ⁴ /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)	
	所見: () 遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()	
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)	
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	頭部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	全身 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 限定領域 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
手術	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()	
治療	治療 (その他): ()	
治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中]	
	現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()	
今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): () 積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]	
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]	
	今後の治療方針: ()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月	
	成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]	
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 ()	

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3	
病名	15 若年性骨髄単球性白血病			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日				
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)	
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()				
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県 () 市区町村 ()				
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日	
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日	
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI 肥満度 %
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
	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					
最終受診日	(年 月 日)				
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) **2/3**

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 ⁴ /μL	
病理検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 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] 陽性抗原: () 陰性抗原: ()	
	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()	
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
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 ⁴ /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) 所見: ()	
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()	
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)	
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 頭部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 全身 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 限定領域 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()	
	治療 (その他): ()	
	治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中] 現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()
	今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): () 積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]
		治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]
今後の治療方針: ()		
治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月 成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]		
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 ()	

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3		
病名	16 1から15までに掲げるもののほか、白血病					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
住所	郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()									
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 () 市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日						
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢 満 歳 か月 日							
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	%			
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										
具体的な疾病名	()				最終受診日	(年 月 日)				
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) **2/3**

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 ⁴ /μL
病理検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 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] 陽性抗原: () 陰性抗原: ()
	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()
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 ⁴ /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) 所見: ()
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	頭部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
	全身 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 限定領域 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
手術	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()
治療	治療 (その他): ()
治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中]
	現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()
今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): ()
	積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]
	今後の治療方針: ()
就学・就労状況	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]
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 (小中学校部 ・ 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 ()

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3			
病名	17 骨髄異形成症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規						
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)							
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数		在胎 週		日						
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満 歳		か月 日				
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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)		2/3
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 ⁴ /μL	
病理検査	骨髄検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	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]	
	陽性抗原: () 陰性抗原: ()	
画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	部位: () 所見: ()	
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	所見: () 遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
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 ⁴ /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)	
	所見: () 遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載		
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()	
経過 (申請時) ※直近の状況を記載		
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()	
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)	
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	頭部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	全身 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 限定領域 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
手術	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()	
治療	治療 (その他): ()	
治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中]	
	現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()	
今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): () 積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]	
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]	
	今後の治療方針: ()	
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月	
	成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]	
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 ()	

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)	1/3
-------------	-----------	------------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	18 成熟B細胞リンパ腫				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日				
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)			
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()						
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県 () 市区町村 ()						
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日			
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日			
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	%
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							
最終受診日	(年 月 日)						
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]					
	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	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)	2/3
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施] 陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	可溶性IL-2レセプター: ()U/mL ・ 未実施				
病理検査	芽球比率: 骨髓: ()% ・ 未実施 末梢血: ()% ・ 未実施				
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()				
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)				
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
	頭部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	顔面:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	眼:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	脊髄:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	胸部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	腹部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	骨盤部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	四肢:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	全身 (造血細胞移植):	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	限定領域 (造血細胞移植):	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	手術	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()			
治療	治療 (その他): ()				
治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中]				
	現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()				
今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): ()				
	積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]				
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針: ()				
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月 成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]				
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 ()				

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)	1/3
-------------	-----------	----------------------------	-------------------------------	------------

病名	19 未分化大細胞リンパ腫			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日				
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)			
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()						
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県 () 市区町村 ()						
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日			
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日			
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	%
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							
最終受診日	(年 月 日)						
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	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)	2/3
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施] 陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	可溶性IL-2レセプター: ()U/mL ・ 未実施				
病理検査	芽球比率: 骨髓: ()% ・ 未実施 末梢血: ()% ・ 未実施				
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()				
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)				
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
	頭部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	顔面:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	眼:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	脊髄:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	胸部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	腹部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	骨盤部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	四肢:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	全身 (造血細胞移植):	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	限定領域 (造血細胞移植):	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	手術	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()			
治療	治療 (その他): ()				
治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中]				
	現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()				
今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): ()				
	積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]				
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群] 今後の治療方針: ()				
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月 成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]				
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 ()				

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)	1/3
-------------	-----------	---------------------	-------------------------------	------------

病名	20 Bリンパ芽球性リンパ腫			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日						
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)			
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()						
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県 () 市区町村 ()						
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日				
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 月 日			
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	%
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							
最終受診日	(年 月 日)						
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]					
	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]					
精神発達遅滞: [なし ・ あり] 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]							
移動障害: [なし ・ あり] 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立立位 ・ 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 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)		2/3	
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施] 陽性抗原: () 陰性抗原: ()		
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()		
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()		
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()		
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()		
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()		
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()		
	検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ()		
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載			
血液検査	可溶性IL-2レセプター: ()U/mL ・ 未実施		
病理検査	芽球比率: 骨髓: ()% ・ 未実施 末梢血: ()% ・ 未実施		
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()		
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()		
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()		
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()		
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()		
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()		
	検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ()		
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載			
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()		
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]		
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)		
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 頭部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 全身 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 限定領域 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]		
	手術	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()	
	治療	治療 (その他): ()	
	治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中] 現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()	
		今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): () 積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり] 治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群] 今後の治療方針: () 治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月 成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]
	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 ()	

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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) **1/3**

病名	21 Tリンパ芽球性リンパ腫			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日					
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)				
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 ()		丁目番地等 ()					
生年月日	年 月 日		性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 () 市区町村 ()							
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日				
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日				
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	%	
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								
最終受診日	(年 月 日)							
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]						
	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	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)	2/3
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施] 陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	可溶性IL-2レセプター: ()U/mL ・ 未実施				
病理検査	芽球比率: 骨髓: ()% ・ 未実施 末梢血: ()% ・ 未実施				
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()				
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)				
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
	頭部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	顔面:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	眼:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	脊髄:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	胸部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	腹部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	骨盤部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	四肢:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	全身 (造血細胞移植):	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	限定領域 (造血細胞移植):	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	手術	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()			
治療	治療 (その他): ()				
治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中]				
	現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()				
今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): ()				
	積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]				
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群] 今後の治療方針: ()				
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月 成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]				
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 ()				

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)	1/3
-------------	-----------	--	------------

病名	22 ホジキン (Hodgkin) リンパ腫			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)				
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()							
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地	都道府県 () 市区町村 ()							
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日				
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日				
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	%	
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								
最終受診日	(年 月 日)							
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)	2/3
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施] 陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	可溶性IL-2レセプター: ()U/mL ・ 未実施				
病理検査	芽球比率: 骨髓: ()% ・ 未実施 末梢血: ()% ・ 未実施				
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()				
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)				
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
	頭部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	顔面:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	眼:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	脊髄:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	胸部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	腹部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	骨盤部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	四肢:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	全身 (造血細胞移植):	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	限定領域 (造血細胞移植):	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	手術	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()			
治療	治療 (その他): ()				
治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中]				
	現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()				
今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): ()				
	積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]				
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群] 今後の治療方針: ()				
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月 成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]				
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

告示番号		191		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)		1/3		
病名	23 18から22までに掲げるもののほか、リンパ腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()									
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 () 市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日						
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢 満 歳 か月 日							
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	%		
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										
具体的な疾病名	()				最終受診日	(年 月 日)				
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 ・ あり]		境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明								
移動障害: [なし ・ あり]		走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立立位 ・ 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	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)	2/3
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施] 陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	可溶性IL-2レセプター: ()U/mL ・ 未実施				
病理検査	芽球比率: 骨髓: ()% ・ 未実施 末梢血: ()% ・ 未実施				
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()				
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)				
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
	頭部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	顔面:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	眼:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	脊髄:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	胸部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	腹部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	骨盤部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	四肢:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	全身 (造血細胞移植):	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	限定領域 (造血細胞移植):	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	手術	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()			
治療	治療 (その他): ()				
治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中]				
	現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()				
今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): ()				
	積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]				
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群] 今後の治療方針: ()				
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月 成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]				
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)	1/3		
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		
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日					
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)		
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()					
生年月日	年 月 日		性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県 () 市区町村 ()					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD) 年 月 日	体重 (測定日)	kg (SD) 年 月 日	BMI 肥満度	%
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						
最終受診日	(年 月 日)					
症状	全身	発熱: [なし ・ あり]		疼痛: [なし ・ あり]		易出血性: [なし ・ あり]
	消化器	リンパ節腫大: [なし ・ あり]		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]		肝腫大 (触診): [なし ・ あり]		脾腫大 (触診): [なし ・ あり]
	消化器	肝腫大 (触診): [なし ・ あり]		消化器症状: [なし ・ あり]		肝機能障害: [なし ・ あり]
	内分泌・代謝	尿崩症: [なし ・ あり]		甲状腺機能低下: [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 ⁴ /μL	CRP: ()mg/dL		
	可溶性IL-2レセプター: ()U/mL ・ 未実施	フィブリノゲン: ()mg/dL	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	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)	2/3
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施] 陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()				
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()				
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 ⁴ /μL CRP: ()mg/dL 可溶性IL-2レセプター: ()U/mL ・ 未実施 フィブリノゲン: ()mg/dL 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] 所見: ()				
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()				
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)				
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
	頭部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	顔面:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	眼:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	脊髄:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	胸部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	腹部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	骨盤部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	四肢:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	全身 (造血細胞移植):	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	限定領域 (造血細胞移植):	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
手術	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()				
治療	治療 (その他): ()				
治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中]				
	現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()				
今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): ()				
	積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]				
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針: ()				
就学・就労状況	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]				
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3		
病名	25 血球貪食性リンパ組織球症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規					
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()					
	資格取得年月日		年	月	日							
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)						
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()					
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数	在胎		週 日						
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満		歳 か月 日				
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	%		
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												
最終受診日	(年 月 日)											
症状	全身	発熱: [なし ・ あり]			疼痛: [なし ・ あり]			易出血性: [なし ・ あり]				
	消化器	リンパ節腫大: [なし ・ あり]			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]			肝腫大 (触診): [なし ・ あり]			脾腫大 (触診): [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 ⁴ /μL		CRP: ()mg/dL						
	可溶性IL-2レセプター: ()U/mL	未実施		フィブリノゲン: ()mg/dL		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	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)	2/3
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施] 陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()				
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()				
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 ⁴ /μL CRP: ()mg/dL 可溶性IL-2レセプター: ()U/mL ・ 未実施 フィブリノゲン: ()mg/dL 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] 所見: ()				
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()				
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)				
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 頭部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 全身 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 限定領域 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
手術	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()				
治療	治療 (その他): ()				
治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中] 現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()				
今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): () 積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]				
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針: ()				
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月 成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]				
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3		
病名	26 24及び25に掲げるもののほか、組織球症						受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()					
	資格取得年月日		年	月	日							
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()					
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数		在胎 週		日					
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満 歳		か月 日			
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	%		
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												
具体的な疾病名	()					最終受診日	(年 月 日)					
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 ⁴ /μL		CRP: ()mg/dL						
	可溶性IL-2レセプター: ()U/mL	未実施		フィブリノゲン: ()mg/dL		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)	2/3
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施] 陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()				
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()				
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 ⁴ /μL CRP: ()mg/dL 可溶性IL-2レセプター: ()U/mL ・ 未実施 フィブリノゲン: ()mg/dL 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] 所見: ()				
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし ・ あり] 詳細: ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
積極的治療の施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()				
薬物療法	化学療法: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)				
放射線治療	放射線治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
	頭部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	顔面:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	眼:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	脊髄:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	胸部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	腹部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	骨盤部:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	四肢:	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
	全身 (造血細胞移植):	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	限定領域 (造血細胞移植):	[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	
手術	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: ()				
治療	治療 (その他): ()				
治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中]				
	現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()				
今後の治療方針	治療計画: [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他): () 積極的治療: 治療終了日: (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性: [なし ・ あり]				
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針: ()				
	治療見込み期間 (入院) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日: (年 月 日) 終了日: (年 月 日) 通院頻度: ()回/月 成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]				
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 ()				

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	27 神経芽腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規						
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数	在胎		週 日							
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満		歳		か月 日			
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()	所見 : ()	
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]	陽性抗原 : () 陰性抗原 : ()			
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()	所見 : ()	
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()	所見 : ()	
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()	所見 : ()	
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
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 : ()		
	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()	所見 : ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy				
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()				
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]				
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群] 今後の治療方針 : ()				
治療見込み期間 (入院) 開始日 : ()年 ()月 ()日 終了日 : ()年 ()月 ()日 治療見込み期間 (外来) 開始日 : ()年 ()月 ()日 終了日 : ()年 ()月 ()日 通院頻度 : ()回/月 成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]					
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3		
病名	28 神経節芽腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)				
住所	郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()									
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 () 市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日						
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日						
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	%
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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]		
		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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : ()年 ()月 ()日			
所見 : ()					
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : ()年 ()月 ()日			
所見 : ()					
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原 : ()				
陰性抗原 : ()					
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : ()年 ()月 ()日			
所見 : ()					
遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : ()年 ()月 ()日			
所見 : ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日				
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : ()年 ()月 ()日			
所見 : ()					
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
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]					
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 ()					

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3		
病名	29 網膜芽細胞腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()									
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 () 市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日						
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢 満 歳 か月 日							
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	%		
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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]				
		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) **2/3**

血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	組織診 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施] 陽性抗原 : () 陰性抗原 : ()
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日) 絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日) 腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : () 合併症 (その他) : ()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日)
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日) 摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他) : () 積極的治療 : 治療終了日 : (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群] 今後の治療方針 : ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 通院頻度 : ()回/月
	成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]
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 ()

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3		
病名	30 ウィルムス (Wilms) 腫瘍/腎芽腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
住所	郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()									
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 () 市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日						
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢 満 歳 か月 日							
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	%		
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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]				
		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) **2/3**

血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	組織診 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施] 陽性抗原 : () 陰性抗原 : ()
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()	
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()
	合併症 (その他) : ()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日)
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日) 摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他) : () 積極的治療 : 治療終了日 : (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群] 今後の治療方針 : ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 通院頻度 : ()回/月
	成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]
	就学・就労状況

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	31 腎明細胞肉腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()				
	資格取得年月日		年	月	日						
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()				
生年月日	年		月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()								
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日					
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日	
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	%	
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											
最終受診日	(年 月 日)										
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	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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()	所見 : ()	
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]	陽性抗原 : () 陰性抗原 : ()			
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()	所見 : ()	
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()	所見 : ()	
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()	所見 : ()	
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
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 : ()		
	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()	所見 : ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy				
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()				
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]				
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針 : ()				
就学・就労状況	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]				
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 ()					

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3	
病名	32 腎細胞癌							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)						
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数	在胎		週		日					
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満		歳		か月		日
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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	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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()	所見 : ()	
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]	陽性抗原 : () 陰性抗原 : ()			
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()	所見 : ()	
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()	所見 : ()	
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()	所見 : ()	
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
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 : ()		
	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()	所見 : ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy				
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()				
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]				
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針 : ()				
就学・就労状況	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]				
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 ()					

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	33 肝芽腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()				
	資格取得年月日		年	月	日						
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()				
生年月日	年		月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()								
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日					
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日	
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	%	
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											
最終受診日	(年 月 日)										
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	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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
所見 : ()					
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原 : ()				
陰性抗原 : ()					
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()			
所見 : ()					
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日				
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時)	※直近の状況を記載				
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy				
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()				
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]				
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
今後の治療方針 : ()					
治療見込み期間 (入院) 開始日 : ()年 ()月 ()日 終了日 : ()年 ()月 ()日					
治療見込み期間 (外来) 開始日 : ()年 ()月 ()日 終了日 : ()年 ()月 ()日 通院頻度 : ()回/月					
成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]					
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 ()					

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3	
病名	34 肝細胞癌							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)						
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数	在胎		週		日					
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満		歳		か月		日
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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	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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原 : ()				
	陰性抗原 : ()				
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	照射量 : ()Gy			
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]				
	術式 : ()				
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日	治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]			
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針 : ()				
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日			
	治療見込み期間 (外来) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日	通院頻度 : ()回/月		
	成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]				
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 ()				

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	35 骨肉腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規						
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)							
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数	在胎 週		日							
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満 歳		か月 日				
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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 **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) **2/3**

血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	組織診 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施] 陽性抗原 : () 陰性抗原 : ()
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()	
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()
	合併症 (その他) : ()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日)
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日) 摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他) : () 積極的治療 : 治療終了日 : (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群] 今後の治療方針 : ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 通院頻度 : ()回/月
	成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]
	就学・就労状況

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	36 骨軟骨腫症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()				
	資格取得年月日		年	月	日						
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()				
生年月日	年		月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()								
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日					
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日	
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	%	
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											
最終受診日	(年 月 日)										
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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
所見 : ()					
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原 : ()				
陰性抗原 : ()					
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()			
所見 : ()					
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時)	※直近の状況を記載				
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	照射量 : ()Gy			
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]				
術式 : ()					
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日	治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]			
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針 : ()				
治療見込み期間 (入院) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日				
治療見込み期間 (外来) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日	通院頻度 : ()回/月			
成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]					
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 : ()					

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3		
病名	37 軟骨肉腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()									
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 () 市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日						
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日					
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	%		
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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	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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
所見 : ()					
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原 : ()				
陰性抗原 : ()					
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()			
所見 : ()					
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時)	※直近の状況を記載				
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy				
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()				
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]				
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
今後の治療方針 : ()					
治療見込み期間 (入院) 開始日 : ()年 ()月 ()日 終了日 : ()年 ()月 ()日					
治療見込み期間 (外来) 開始日 : ()年 ()月 ()日 終了日 : ()年 ()月 ()日 通院頻度 : ()回/月					
成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]					
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 ()				

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	38 軟骨芽細胞腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()				
	資格取得年月日		年	月	日						
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()				
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()								
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日					
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日	
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	%	
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											
最終受診日	(年 月 日)										
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	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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : () 所見 : ()		
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]	陽性抗原 : () 陰性抗原 : ()			
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : () 所見 : ()		
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : () 所見 : ()		
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : () 所見 : ()		
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
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 : ()		
	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : () 所見 : ()		
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy				
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()				
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]				
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
今後の治療方針 : ()					
治療見込み期間 (入院) 開始日 : ()年 ()月 ()日 終了日 : ()年 ()月 ()日					
治療見込み期間 (外来) 開始日 : ()年 ()月 ()日 終了日 : ()年 ()月 ()日 通院頻度 : ()回/月					
成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]					
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 ()				

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3	
病名	39 悪性骨巨細胞腫				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日				
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)		
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()						
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
出生地	都道府県 () 市区町村 ()						
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日			
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢 満 歳 か月 日				
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
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							
最終受診日	(年 月 日)						
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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
所見 : ()					
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原 : ()				
陰性抗原 : ()					
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()			
所見 : ()					
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時)	※直近の状況を記載				
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	照射量 : ()Gy			
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]				
術式 : ()					
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日	治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]			
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針 : ()				
治療見込み期間 (入院) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日				
治療見込み期間 (外来) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日	通院頻度 : ()回/月			
成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]					
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 : ()					

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	40 ユーイング (Ewing) 肉腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()				
	資格取得年月日		年	月	日						
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()				
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()								
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日					
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日	
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	%	
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											
最終受診日	(年 月 日)										
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	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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
所見 : ()					
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原 : ()				
陰性抗原 : ()					
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()			
所見 : ()					
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時)	※直近の状況を記載				
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	照射量 : ()Gy			
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]				
術式 : ()					
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日	治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]			
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針 : ()				
治療見込み期間 (入院)	開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日			
治療見込み期間 (外来)	開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日	通院頻度 : ()回/月		
成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]					
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 : ()					

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
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				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()				
	資格取得年月日		年	月	日						
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()				
生年月日	年		月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()								
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日					
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日	
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	%	
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											
最終受診日	(年 月 日)										
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 **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) **2/3**

血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	組織診 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施] 陽性抗原 : () 陰性抗原 : ()
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)	
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()	
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()
	合併症 (その他) : ()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日)
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日) 摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他) : () 積極的治療 : 治療終了日 : (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群] 今後の治療方針 : ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 通院頻度 : ()回/月
	成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]
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 ()

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
 医療機関所在地 診断年月日 年 月 日
 電話番号

診療科
 医師名
 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3		
病名	42 横紋筋肉腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()									
生年月日	年 月 日		性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地	都道府県 () 市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数		在胎 週 日					
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日					
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	%			
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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) **2/3**

血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	組織診 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施] 陽性抗原 : () 陰性抗原 : ()
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()	
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()
	合併症 (その他) : ()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日)
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日) 摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他) : () 積極的治療 : 治療終了日 : (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群] 今後の治療方針 : ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日)
	治療見込み期間 (外来) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 通院頻度 : ()回/月
	成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]
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 ()

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3		
病名	43 悪性ラブドイド腫瘍				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日					
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)			
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 ()		丁目番地等 ()					
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地	都道府県 () 市区町村 ()							
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日				
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢 満 歳 か月 日					
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	%		
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								
最終受診日	(年 月 日)							
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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : () 所見 : ()		
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]	陽性抗原 : () 陰性抗原 : ()			
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : () 所見 : ()		
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : () 所見 : ()		
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : () 所見 : ()		
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()			
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : () 所見 : ()		
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy				
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()				
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]				
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針 : ()				
治療見込み期間 (入院) 開始日 : ()年 ()月 ()日 終了日 : ()年 ()月 ()日					
治療見込み期間 (外来) 開始日 : ()年 ()月 ()日 終了日 : ()年 ()月 ()日 通院頻度 : ()回/月					
成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]					
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 ()					

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3		
病名	44 未分化肉腫			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日					
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)		
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()					
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
出生地	都道府県 () 市区町村 ()					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)	
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI 肥満度 %	
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						
最終受診日	(年 月 日)					
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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
所見 : ()					
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原 : ()				
陰性抗原 : ()					
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()			
所見 : ()					
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時)	※直近の状況を記載				
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	照射量 : ()Gy			
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]				
術式 : ()					
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日	治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]			
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針 : ()				
治療見込み期間 (入院) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日				
治療見込み期間 (外来) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日	通院頻度 : ()回/月			
成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]					
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 : ()					

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3		
病名	45 線維形成性小円形細胞腫瘍					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()									
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 () 市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日						
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢 満 歳 か月 日							
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	%			
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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	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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()	所見 : ()	
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]	陽性抗原 : () 陰性抗原 : ()			
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()	所見 : ()	
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()	所見 : ()	
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()	所見 : ()	
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
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 : ()		
	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()	所見 : ()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy				
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()				
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]				
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
今後の治療方針 : ()					
治療見込み期間 (入院) 開始日 : ()年 ()月 ()日 終了日 : ()年 ()月 ()日					
治療見込み期間 (外来) 開始日 : ()年 ()月 ()日 終了日 : ()年 ()月 ()日 通院頻度 : ()回/月					
成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]					
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	46 線維肉腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()				
	資格取得年月日		年	月	日						
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()				
生年月日	年		月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()								
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日					
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日	
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	%	
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											
最終受診日	(年 月 日)										
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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
所見 : ()					
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原 : ()				
陰性抗原 : ()					
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()			
所見 : ()					
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日				
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時)	※直近の状況を記載				
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	照射量 : ()Gy			
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]				
術式 : ()					
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日	治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]			
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
今後の治療方針 : ()					
治療見込み期間 (入院) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日				
治療見込み期間 (外来) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日	通院頻度 : ()回/月			
成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]					
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 : ()					

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〉		
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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3		
病名	47 滑膜肉腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()									
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 () 市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日						
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢 満 歳 か月 日							
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	%			
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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	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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原 : ()				
	陰性抗原 : ()				
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	照射量 : ()Gy			
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]				
	術式 : ()				
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日	治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]			
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針 : ()				
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日			
	治療見込み期間 (外来) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日	通院頻度 : ()回/月		
	成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]				
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
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				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()				
	資格取得年月日		年	月	日						
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()				
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()								
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日					
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日	
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	%	
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											
最終受診日	(年 月 日)										
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	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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原 : ()				
	陰性抗原 : ()				
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	照射量 : ()Gy			
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]				
	術式 : ()				
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日	治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]			
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針 : ()				
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日			
	治療見込み期間 (外来) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日	通院頻度 : ()回/月		
	成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]				
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 ()				

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	49 胞巣状軟部肉腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規						
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数		在胎 週		日						
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満 歳		か月 日				
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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	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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原 : ()				
	陰性抗原 : ()				
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	照射量 : ()Gy			
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]				
	術式 : ()				
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日	治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]			
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針 : ()				
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日			
	治療見込み期間 (外来) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日	通院頻度 : ()回/月		
	成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]				
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3		
病名	50 平滑筋肉腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()									
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 () 市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日						
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢 満 歳 月 日							
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	%			
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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	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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
所見 : ()					
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原 : ()				
陰性抗原 : ()					
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()			
所見 : ()					
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時)	※直近の状況を記載				
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	照射量 : ()Gy			
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]				
術式 : ()					
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日	治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]			
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針 : ()				
治療見込み期間 (入院) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日				
治療見込み期間 (外来) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日	通院頻度 : ()回/月			
成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]					
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 : ()					

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	51 脂肪肉腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規						
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)							
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数		在胎 週		日						
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満 歳		か月		日		
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
所見 : ()					
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原 : ()				
陰性抗原 : ()					
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()			
所見 : ()					
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日				
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時)	※直近の状況を記載				
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy				
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()				
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]				
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
今後の治療方針 : ()					
治療見込み期間 (入院) 開始日 : ()年 ()月 ()日 終了日 : ()年 ()月 ()日					
治療見込み期間 (外来) 開始日 : ()年 ()月 ()日 終了日 : ()年 ()月 ()日 通院頻度 : ()回/月					
成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]					
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 ()					

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	52 未分化胚細胞腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()				
	資格取得年月日		年	月	日						
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()				
生年月日	年		月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()								
出生体重	g		出生週数	在胎 週		日					
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満 歳		か月 日			
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	%	
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											
最終受診日	(年 月 日)										
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 **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) **2/3**

血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	組織診 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施] 陽性抗原 : () 陰性抗原 : ()
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()	
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()
	合併症 (その他) : ()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日)
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日) 摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他) : () 積極的治療 : 治療終了日 : (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群] 今後の治療方針 : ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 通院頻度 : ()回/月
	成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]
	就学・就労状況

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	53 胎児性癌					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規						
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)							
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数		在胎 週		日						
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満 歳		か月 日				
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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	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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原 : ()				
	陰性抗原 : ()				
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時)	※直近の状況を記載				
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	照射量 : ()Gy			
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]				
	術式 : ()				
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日	治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]			
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針 : ()				
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日			
	治療見込み期間 (外来) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日	通院頻度 : ()回/月		
	成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]				
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	54 多胎芽腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規						
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)							
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数	在胎		週 日							
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満		歳 か月 日				
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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 **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) **2/3**

血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	組織診 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施] 陽性抗原 : () 陰性抗原 : ()
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)	
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()	
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()
	合併症 (その他) : ()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日)
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日) 摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他) : () 積極的治療 : 治療終了日 : (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群] 今後の治療方針 : ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 通院頻度 : ()回/月
	成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]
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 ()

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3		
病名	55 卵黄嚢腫 (卵黄嚢腫瘍)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()			
	資格取得年月日		年	月	日					
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()			
生年月日	年		月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()							
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日				
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日
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	%
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原 : ()				
	陰性抗原 : ()				
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	照射量 : ()Gy			
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]				
	術式 : ()				
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日	治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]			
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針 : ()				
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日			
	治療見込み期間 (外来) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日	通院頻度 : ()回/月		
	成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]				
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 ()				

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〉		
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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3		
病名	56 絨毛癌					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日		年	月	日			
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()			
生年月日	年		月		日		性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()							
出生体重	g		出生週数	在胎		週		日		
発症時期	年		月		頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日		
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	%
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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) **2/3**

血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	組織診 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施] 陽性抗原 : () 陰性抗原 : ()
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)	
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()	
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()
	合併症 (その他) : ()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日)
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日) 摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他) : () 積極的治療 : 治療終了日 : (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群] 今後の治療方針 : ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 通院頻度 : ()回/月
	成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]
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 ()

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	57 混合性胚細胞腫瘍					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()				
	資格取得年月日		年	月	日						
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()				
生年月日	年		月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()								
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日					
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日	
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	%			
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											
最終受診日	(年 月 日)										
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	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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
所見 : ()					
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原 : ()				
陰性抗原 : ()					
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()			
所見 : ()					
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時)	※直近の状況を記載				
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	照射量 : ()Gy			
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]				
術式 : ()					
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日	治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]			
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針 : ()				
治療見込み期間 (入院)	開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日			
治療見込み期間 (外来)	開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日	通院頻度 : ()回/月		
成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]					
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 : ()					

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	58 性索間質性腫瘍					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規						
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数	在胎		週 日							
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満		歳		か月 日			
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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	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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
所見 : ()					
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原 : ()				
陰性抗原 : ()					
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()			
所見 : ()					
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時)	※直近の状況を記載				
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	照射量 : ()Gy			
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]				
術式 : ()					
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日	治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]			
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針 : ()				
治療見込み期間 (入院) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日				
治療見込み期間 (外来) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日	通院頻度 : ()回/月			
成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]					
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 : ()					

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	59 副腎皮質癌					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規						
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数		在胎 週		日						
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満 歳		か月 日				
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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	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)	2/3	
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施		実施日 : (年 月 日)			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施		実施日 : (年 月 日)			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施		実施日 : (年 月 日)			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施		実施日 : (年 月 日)			
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)			所見 : ()	
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)			所見 : ()
	組織診 : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)		部位 : ()	所見 : ()
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)			所見 : ()
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]		陽性抗原 : ()			陰性抗原 : ()
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)		部位 : ()	所見 : ()
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)		部位 : ()	所見 : ()
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)		部位 : ()	所見 : ()
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)			所見 : ()
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)			所見 : ()
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)			所見 : ()
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)			所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()					
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施		実施日 : (年 月 日)			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施		実施日 : (年 月 日)			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施		実施日 : (年 月 日)			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施		実施日 : (年 月 日)			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施		実施日 : (年 月 日)			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施		実施日 : (年 月 日)			
絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施		実施日 : (年 月 日)				
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)			所見 : ()	
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)		部位 : ()	所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()					
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()					
	合併症 (その他) : ()					
経過 (申請時) ※直近の状況を記載						
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]					
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]		実施日 : (年 月 日)			
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]		照射量 : ()Gy			
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]		実施日 : (年 月 日)			
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]		術式 : ()			
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]					
	治療計画 (その他) : ()					
	積極的治療 : 治療終了日 : (年 月 日)		治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]			
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]					
今後の治療方針 : ()						
治療見込み期間 (入院)		開始日 : (年 月 日)		終了日 : (年 月 日)		
治療見込み期間 (外来)		開始日 : (年 月 日)		終了日 : (年 月 日)		
通院頻度 : ()回/月		成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]				
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 ()					

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3	
病名	60 甲状腺癌					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日						
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)			
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地	都道府県 () 市区町村 ()								
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日					
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢 満 歳 か月 日						
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	%			
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									
最終受診日	(年 月 日)								
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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原 : ()				
	陰性抗原 : ()				
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	照射量 : ()Gy			
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]				
	術式 : ()				
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日		治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]		
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針 : ()				
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日			
	治療見込み期間 (外来) 開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日	通院頻度 : ()回/月		
	成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]				
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	61 上咽頭癌					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規						
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数		在胎 週		日						
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満 歳		か月 日				
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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 **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) **2/3**

血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	組織診 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施] 陽性抗原 : () 陰性抗原 : ()
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)	
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()	
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()
	合併症 (その他) : ()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日)
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日)
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他) : ()
	積極的治療 : 治療終了日 : (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]
	今後の治療方針 : ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 通院頻度 : ()回/月
成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]	
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 ()

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	62 唾液腺癌					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規						
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数		在胎 週		日						
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満 歳		か月 日				
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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	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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
所見 : ()					
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原 : ()				
陰性抗原 : ()					
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()			
所見 : ()					
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日				
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時)	※直近の状況を記載				
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy				
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()				
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]				
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
今後の治療方針 : ()					
治療見込み期間 (入院) 開始日 : ()年 ()月 ()日 終了日 : ()年 ()月 ()日					
治療見込み期間 (外来) 開始日 : ()年 ()月 ()日 終了日 : ()年 ()月 ()日 通院頻度 : ()回/月					
成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]					
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	63 悪性黒色腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規						
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数		在胎 週		日						
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満 歳		か月 日				
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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 **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) **2/3**

血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	組織診 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施] 陽性抗原 : () 陰性抗原 : ()
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()	
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()
	合併症 (その他) : ()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日)
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日) 摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他) : () 積極的治療 : 治療終了日 : (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群] 今後の治療方針 : ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 通院頻度 : ()回/月
	成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]
	就学・就労状況

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3				
病名	64 褐色細胞腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規					
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日		年	月	日					
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)						
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()					
生年月日	年		月		日		性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数	在胎		週		日				
発症時期	年		月		頃		記載時の年齢	満		歳	か月	日
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	%		
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												
最終受診日	(年 月 日)											
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	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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : (年 月 日)			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : (年 月 日)			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : (年 月 日)			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : (年 月 日)			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	所見 : ()		
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	所見 : ()		
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	部位 : () 所見 : ()		
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	所見 : ()		
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]	陽性抗原 : () 陰性抗原 : ()			
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	部位 : () 所見 : ()		
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	部位 : () 所見 : ()		
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	部位 : () 所見 : ()		
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	所見 : ()		
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	所見 : ()		
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	所見 : ()		
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	所見 : ()		
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : (年 月 日)			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : (年 月 日)			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : (年 月 日)			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : (年 月 日)			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : (年 月 日)			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : (年 月 日)			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : (年 月 日)			
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	所見 : ()			
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	部位 : () 所見 : ()		
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日)				
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy				
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日)				
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()				
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]				
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群] 今後の治療方針 : ()				
治療見込み期間 (入院) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日)					
治療見込み期間 (外来) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 通院頻度 : ()回/月					
成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]					
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 ()				

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3		
病名	65 悪性胸腺腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)				
住所	郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()									
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 () 市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日						
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢 満 歳 か月 日							
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 %	
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
所見 : ()					
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原 : ()				
陰性抗原 : ()					
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
	所見 : ()				
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()			
所見 : ()					
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 : ()					
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()		
所見 : ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時)	※直近の状況を記載				
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	照射量 : ()Gy			
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出]				
術式 : ()					
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日	治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]			
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]				
	今後の治療方針 : ()				
治療見込み期間 (入院)	開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日			
治療見込み期間 (外来)	開始日 : ()年 ()月 ()日	終了日 : ()年 ()月 ()日	通院頻度 : ()回/月		
成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]					
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 : ()					

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3		
病名	66 胸膜肺芽腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
住所	郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()									
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 () 市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日						
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日						
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	%		
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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) **2/3**

血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	組織診 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施] 陽性抗原 : () 陰性抗原 : ()
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()	
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()
	合併症 (その他) : ()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日)
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日) 摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他) : () 積極的治療 : 治療終了日 : (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群] 今後の治療方針 : ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 通院頻度 : ()回/月
	成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]
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 ()

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	67 気管支腫瘍					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規						
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数		在胎		週 日						
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満		歳 か月 日				
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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	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)	2/3	
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日				
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日				
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日				
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日				
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
所見 :						
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
	所見 :					
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()			
所見 :						
細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日					
所見 :						
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]					
	陽性抗原 : ()					
陰性抗原 : ()						
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()			
	所見 :					
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()			
所見 :						
画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()				
所見 :						
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
	所見 :					
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日				
	所見 :					
遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日					
所見 :						
遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日					
所見 :						
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()					
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日				
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日				
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日				
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日				
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日				
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日				
絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日					
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日					
所見 :						
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : ()			
所見 :						
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()					
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()					
	合併症 (その他) : ()					
経過 (申請時) ※直近の状況を記載						
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]					
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]					
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]					
	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						
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]						
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 ()						

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	68 脾芽腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規						
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数		在胎 週		日						
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満 歳		か月 日				
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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 **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) **2/3**

血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	組織診 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施] 陽性抗原 : () 陰性抗原 : ()
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施 実施日 : (年 月 日)
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()	
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : () 合併症 (その他) : ()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日)
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : (年 月 日) 摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他] 治療計画 (その他) : () 積極的治療 : 治療終了日 : (年 月 日) 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群] 今後の治療方針 : ()
	治療見込み期間 (入院) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 治療見込み期間 (外来) 開始日 : (年 月 日) 終了日 : (年 月 日) 通院頻度 : ()回/月
	成長ホルモン治療申請の有無 : [なし ・ あり]
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 ()

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)	1/3
-------------	-----------	--	------------

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
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日				
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)	
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()				
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県 () 市区町村 ()				
出生体重	g 出生週数 在胎 週 日				
発症時期	年 月 頃 記載時の年齢 満 歳 か月 日				
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI 肥満度 %
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
	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					
具体的な疾病名	()			最終受診日	(年 月 日)
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	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)	2/3
血液検査	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG) : ()mIU/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
病理検査	骨髄検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	組織診 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : () 所見 : ()		
	細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析 : [未実施 ・ 実施]	陽性抗原 : () 陰性抗原 : ()			
画像検査	CT検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : () 所見 : ()		
	MRI検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : () 所見 : ()		
	画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : () 所見 : ()		
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
	遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()		
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	VMA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	HVA : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	NSE : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	hCG-βサブユニット : ()ng/mL ・ 未実施	実施日 : ()年 ()月 ()日			
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 : ()		
	画像検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	部位 : () 所見 : ()		
検査所見 (その他)	検査所見 (その他) : ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	化学療法 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
移植	同種造血幹細胞移植 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
放射線治療	放射線治療 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 照射量 : ()Gy				
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()				
今後の治療方針	治療計画 : [積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他]				
	治療計画 (その他) : ()				
	積極的治療 : 治療終了日 : ()年 ()月 ()日 治療終了者の経過観察の必要性 : [なし ・ あり]				
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群] 今後の治療方針 : ()				
就学・就労状況	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]				
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 ()					

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3		
病名	70 毛様細胞性星細胞腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()			
	資格取得年月日		年	月	日					
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()			
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()							
出生体重	g		出生週数	在胎 週		日				
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満 歳		か月 日		
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	%
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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	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)	2/3
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 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)			
	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施] 陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
画像検査	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
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: () 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	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]				
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: ()				
就学・就労状況	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				
就学・就労状況	成長ホルモン治療申請の有無: [なし ・ あり]				
	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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3		
病名	71 びまん性星細胞腫							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規					
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()							
	資格取得年月日		年	月	日									
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)							
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()							
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定							
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()											
出生体重	g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満 歳		か月 日					
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	%				
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														
最終受診日	(年 月 日)													
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]			脳神経麻痺 (顔面神経麻痺等): [なし ・ あり]			痙攣: [なし ・ あり]		四肢麻痺: [なし ・ あり ・ 不明]		意識障害: [なし ・ あり]		ふらつきまたは歩行異常: [なし ・ あり]
	眼	視野障害: [なし ・ あり]			眼球運動障害: [なし ・ あり]			弱視: [なし ・ あり]			斜視: [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]			認知機能障害: [なし ・ あり]			抑鬱: [なし ・ あり]		てんかん: [なし ・ あり]		末梢神経障害: [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 **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) **2/3**

病理検査	組織診：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	細胞診 (脳脊髄液)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析：[未実施 ・ 実施] 陽性抗原：() 陰性抗原：()
画像検査	CT検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	MRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	画像検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	染色体検査 (生殖細胞系列)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	遺伝子検査 (腫瘍細胞)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	遺伝子検査 (生殖細胞系列)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	α-フェトプロテイン (AFP)：()ng/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)
	hCG-βサブユニット：()ng/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG)：()mIU/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)
	腫瘍マーカー (その他)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
画像検査	画像検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	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] 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]
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 ()

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3		
病名	72 退形成性星細胞腫			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日					
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)		
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()					
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
出生地	都道府県 () 市区町村 ()					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日		年 月 日	BMI 肥満度 %	
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						
最終受診日	(年 月 日)					
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] 脳神経麻痺 (顔面神経麻痺等): [なし ・ あり]		痙攣: [なし ・ あり] 四肢麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 意識障害: [なし ・ あり] ふらつきまたは歩行異常: [なし ・ あり]		
	眼	視野障害: [なし ・ あり] 眼球運動障害: [なし ・ あり]		弱視: [なし ・ あり] 視神経乳頭浮腫: [なし ・ あり] 斜視: [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] 認知機能障害: [なし ・ あり]		抑鬱: [なし ・ あり] てんかん: [なし ・ あり]		末梢神経障害: [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)	2/3
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)		
	部位: () 所見: ()			
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施]			
	陽性抗原: () 陰性抗原: ()			
画像検査	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)		
	部位: () 所見: ()			
	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)		
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: () 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: () 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 (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)		
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)	検査所見 (その他): ()			
合併症	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			
	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)
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: ()			
就学・就労状況	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]			
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3	
病名	73 膠芽腫							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)				以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数	在胎		週		日					
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満		歳		か月		日
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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	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)	2/3
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
細胞診 (脳脊髄液)	[未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
画像検査	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
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: () 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: () 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: () 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] 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]					
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 ()				

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3			
病名	74 上衣腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()				
	資格取得年月日		年	月	日						
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()				
生年月日	年		月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()								
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日					
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日	
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	%	
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											
最終受診日	(年 月 日)										
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	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)	2/3
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
画像検査	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
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)			
	染色体検査 (生殖細胞系列): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	遺伝子検査 (腫瘍細胞): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	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	画像検査: [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): ()				
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] 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]				
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 ()				

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3		
病名	75 乏突起神経膠腫 (乏突起膠腫)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()			
	資格取得年月日		年	月	日					
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()			
生年月日	年		月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()							
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日				
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日
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	%
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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)	2/3
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
画像検査	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
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: () 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: () 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: () 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: () 所見: ()				
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: () 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] 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]					
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 ()				

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3			
病名	76 髄芽腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日								
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)						
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()										
生年月日	年 月 日		性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 () 市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数		在胎 週 日						
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日						
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	%			
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											
最終受診日	(年 月 日)										
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	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)	2/3
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
画像検査	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
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)			
	染色体検査 (生殖細胞系列): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	遺伝子検査 (腫瘍細胞): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	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	画像検査: [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): ()				
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] 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]				
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3		
病名	77 頭蓋咽頭腫			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日					
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)		
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()					
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
出生地	都道府県 () 市区町村 ()					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日		年 月 日	BMI 肥満度 %	
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						
最終受診日	(年 月 日)					
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] 脳神経麻痺 (顔面神経麻痺等): [なし ・ あり]		痙攣: [なし ・ あり] 四肢麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 意識障害: [なし ・ あり] ふらつきまたは歩行異常: [なし ・ あり]		
	眼	視野障害: [なし ・ あり] 眼球運動障害: [なし ・ あり]		弱視: [なし ・ あり] 視神経乳頭浮腫: [なし ・ あり] 斜視: [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]		
	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]		
	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]		
	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] 認知機能障害: [なし ・ あり]		抑鬱: [なし ・ あり] てんかん: [なし ・ あり]		
	その他	末梢神経障害: [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]					
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)			
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	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) **2/3**

病理検査	組織診：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	細胞診 (脳脊髄液)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析：[未実施 ・ 実施] 陽性抗原：() 陰性抗原：()
画像検査	CT検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	MRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	画像検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	染色体検査 (生殖細胞系列)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	遺伝子検査 (腫瘍細胞)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	遺伝子検査 (生殖細胞系列)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	α-フェトプロテイン (AFP)：()ng/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)
	hCG-βサブユニット：()ng/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG)：()mIU/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)
	腫瘍マーカー (その他)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
画像検査	画像検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	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] 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]
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 ()

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3			
病名	78 松果体腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日								
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)						
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()										
生年月日	年 月 日		性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 () 市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数		在胎 週 日						
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日						
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 %		
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											
最終受診日	(年 月 日)										
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	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)	2/3
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
細胞診 (脳脊髄液): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)				
	所見: ()				
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
画像検査	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
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: () 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: () 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: () 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] 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]					
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3		
病名	79 脈絡叢乳頭腫			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日					
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)		
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()					
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
出生地	都道府県 () 市区町村 ()					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)	
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI 肥満度 %	
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						
最終受診日	(年 月 日)					
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	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)	2/3
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
画像検査	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
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)			
	染色体検査 (生殖細胞系列): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	遺伝子検査 (腫瘍細胞): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	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	画像検査: [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): ()				
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] 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]				
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3		
病名	80 髄膜腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規					
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()					
	資格取得年月日		年	月	日							
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)						
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()					
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数	在胎		週 日						
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満		歳 か月 日			
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	%		
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												
最終受診日	(年 月 日)											
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	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)	2/3
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
画像検査	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
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)			
	染色体検査 (生殖細胞系列): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	遺伝子検査 (腫瘍細胞): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	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	画像検査: [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): ()				
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] 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]				
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3		
病名	81 下垂体腺腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()			
	資格取得年月日		年	月	日					
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()			
生年月日	年		月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()							
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日				
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日
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	%
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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 **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) **2/3**

病理検査	組織診：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	細胞診 (脳脊髄液)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析：[未実施 ・ 実施] 陽性抗原：() 陰性抗原：()
画像検査	CT検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	MRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	画像検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	染色体検査 (生殖細胞系列)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	遺伝子検査 (腫瘍細胞)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	遺伝子検査 (生殖細胞系列)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	α-フェトプロテイン (AFP)：()ng/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)
	hCG-βサブユニット：()ng/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG)：()mIU/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)
	腫瘍マーカー (その他)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
画像検査	画像検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	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] 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]
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 ()

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)	1/3
-------------	-----------	--------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	82 神経節腫				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日					
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)				
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()							
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地	都道府県 () 市区町村 ()							
出生体重	g		出生週数	在胎 週	日			
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳	か月 日			
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	%		
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								
最終受診日	(年 月 日)							
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)	2/3
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
画像検査	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
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)			
	染色体検査 (生殖細胞系列): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	遺伝子検査 (腫瘍細胞): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	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	画像検査: [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): ()				
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] 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]				
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3			
病名	83 神経節腫 (神経節細胞腫)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()				
	資格取得年月日		年	月	日						
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()				
生年月日	年		月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()								
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日					
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日	
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	%	
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											
最終受診日	(年 月 日)										
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 **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) **2/3**

病理検査	組織診：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	細胞診 (脳脊髄液)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析：[未実施 ・ 実施] 陽性抗原：() 陰性抗原：()
画像検査	CT検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	MRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	画像検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	染色体検査 (生殖細胞系列)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	遺伝子検査 (腫瘍細胞)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	遺伝子検査 (生殖細胞系列)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	α-フェトプロテイン (AFP)：()ng/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)
	hCG-βサブユニット：()ng/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG)：()mIU/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)
	腫瘍マーカー (その他)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
画像検査	画像検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	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] 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]
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 ()

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3		
病名	84 脊索腫					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日		年	月	日			
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()			
生年月日	年		月		日		性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()							
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日				
発症時期	年		月		頃	記載時の年齢	満	歳	か月 日	
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	%		
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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	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)	2/3
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 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: () 陰性抗原: ()				
	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
遺伝学的検査	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
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)			
	所見: ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	所見: ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	遺伝子検査 (腫瘍細胞): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	所見: ()				
	遺伝子検査 (生殖細胞系列): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	所見: ()				
検査所見 (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: () 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] 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]					
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3		
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			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
住所	郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()									
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 () 市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日						
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日						
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	肥満度	%			
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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]		ふらつきまたは歩行異常: [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]						
	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]		発達障害: [なし ・ あり]		
		認知機能障害: [なし ・ あり]		てんかん: [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)	2/3
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
細胞診 (脳脊髄液): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)				
	所見: ()				
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
画像検査	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
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: () 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: () 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: () 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] 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]					
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)	1/3
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
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日		
氏名	(セイメイ) (姓)	以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()		
生年月日	年 月 日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県 () 市区町村 ()		
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日
発症時期	年 月 頃	記載時の年齢	満 歳 か月 日
現在の身長・体重	身長 (測定日) 年 月 日	cm (SD)	体重 (測定日) 年 月 日
			kg (SD)
			BMI
			肥満度 %
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
	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
	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			
最終受診日	(年 月 日)		
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]
		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]
		意識障害: [なし ・ あり]	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]
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	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)	2/3
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 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)			
	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施] 陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
画像検査	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
遺伝学的検査	部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
	染色体検査 (腫瘍細胞): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
染色体検査 (生殖細胞系列): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)				
	所見: ()				
	遺伝子検査 (腫瘍細胞): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	所見: ()				
遺伝子検査 (生殖細胞系列): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)				
所見: ()					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	α-フェトプロテイン (AFP): ()ng/mL ・ 未実施	実施日: (年 月 日)			
	hCG-βサブユニット: ()ng/mL ・ 未実施	実施日: (年 月 日)			
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG): ()mIU/mL ・ 未実施	実施日: (年 月 日)			
	腫瘍マーカー (その他): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
所見: ()					
画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	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] 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]					
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)	1/3	
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	
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日				
氏名	(セイメイ) (姓)	以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)		
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()				
生年月日	年 月 日		性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
出生地	都道府県 () 市区町村 ()				
出生体重	g 出生週数 在胎 週 日				
発症時期	年 月 日 記載時の年齢 満 歳 か月 日				
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 %	
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	
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					
最終受診日	(年 月 日)				
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]	
	眼	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]	
		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]	
	耳鼻咽喉	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]			
	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: 眼症状: [なし ・ あり]		慢性GVH病: 呼吸障害: [なし ・ あり]			
慢性GVH病: 骨格筋障害: [なし ・ あり]		慢性GVH病: 肝機能障害: [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)	2/3
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 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)			
	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施] 陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
画像検査	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	画像検査 (その他): [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)			
	染色体検査 (生殖細胞系列): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	遺伝子検査 (腫瘍細胞): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	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)			
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)	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] 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]					
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 ()				

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3	
病名	88 神経鞘腫							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)						
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数	在胎		週		日					
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満		歳		か月		日
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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 **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) **2/3**

病理検査	組織診：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	細胞診 (脳脊髄液)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析：[未実施 ・ 実施] 陽性抗原：() 陰性抗原：()
画像検査	CT検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	MRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	画像検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
遺伝学的検査	染色体検査 (腫瘍細胞)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	染色体検査 (生殖細胞系列)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	遺伝子検査 (腫瘍細胞)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	遺伝子検査 (生殖細胞系列)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	α-フェトプロテイン (AFP)：()ng/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)
	hCG-βサブユニット：()ng/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)
	絨毛性ゴナドトロピン (hCG)：()mIU/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)
	腫瘍マーカー (その他)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
画像検査	画像検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	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] 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]
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 ()

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)		1/3		
病名	89 奇形腫 (頭蓋内及び脊柱管内に限る。)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()									
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 () 市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日						
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日						
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	%		
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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)	2/3
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
画像検査	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
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)			
	染色体検査 (生殖細胞系列): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	遺伝子検査 (腫瘍細胞): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	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	画像検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	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] 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]					
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 ()				

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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 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)		1/3			
病名	90 頭蓋内胚細胞腫瘍					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()				
	資格取得年月日		年	月	日						
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()				
生年月日	年		月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()								
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日					
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日	
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	%	
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											
最終受診日	(年 月 日)										
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	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)	2/3
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
画像検査	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
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: () 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: () 所見: ()				
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: () 所見: ()				
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)			
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)	検査所見 (その他): ()				
合併症	※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]				
手術	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]				
手術	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] 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]					
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

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)	1/3
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		受付種別 <input type="checkbox"/> 新規
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日		
氏名	(セイメイ) (姓)	以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()		
生年月日	年 月 日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県 () 市区町村 ()		
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日
発症時期	年 月 頃	記載時の年齢	満 歳 か月 日
現在の身長・体重	身長 (測定日) 年 月 日	cm (SD)	体重 (測定日) 年 月 日
			kg (SD)
			BMI
			肥満度 %
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
	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
	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		
具体的な疾病名	()	最終受診日	(年 月 日)
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] 脳神経麻痺 (顔面神経麻痺等): [なし ・ あり]	痙攣: [なし ・ あり] 四肢麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 意識障害: [なし ・ あり] ふらつきまたは歩行異常: [なし ・ あり]
	眼	視野障害: [なし ・ あり] 眼球運動障害: [なし ・ あり]	弱視: [なし ・ あり] 斜視: [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] 認知機能障害: [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]	抑鬱: [なし ・ あり] てんかん: [なし ・ あり] 末梢神経障害: [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: 眼症状: [なし ・ あり] 慢性GVH病: 骨格筋障害: [なし ・ あり]	慢性GVH病: 毛髪異常: [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]
	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)	2/3
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [未実施 ・ 実施]				
	陽性抗原: () 陰性抗原: ()				
画像検査	CT検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
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: () 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: () 所見: ()				
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: () 所見: ()				
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)			
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)	検査所見 (その他): ()				
合併症	※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]				
手術	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]				
手術	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] 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]					
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日