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〈継続申請用〉

病名	1　前駆B細胞急性リンパ性白血病	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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]
症状	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]
症状	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]
症状	腎・泌尿器	精巣腫大（男子）：[なし ・ あり]　腎機能低下：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	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]
症状	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	精神・神経	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]
症状	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	その他	二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
症状	その他	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（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：（　　）×10⁴/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：（　　）
遺伝学的検査	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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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 77　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	2　成熟B細胞急性リンパ性白血病	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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]
症状	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]
症状	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]
症状	腎・泌尿器	精巣腫大（男子）：[なし ・ あり]　腎機能低下：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	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]
症状	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	精神・神経	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]
症状	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	その他	二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
症状	その他	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（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：（　　）×10⁴/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：（　　）
遺伝学的検査	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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	3　T細胞急性リンパ性白血病	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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]
症状	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]
症状	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]
症状	腎・泌尿器	精巣腫大（男子）：[なし ・ あり]　腎機能低下：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	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]
症状	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	精神・神経	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]
症状	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	その他	二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
症状	その他	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（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：（　　）×10⁴/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：（　　）
遺伝学的検査	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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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 71　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	4　急性骨髄性白血病、最未分化	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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]
症状	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]
症状	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]
症状	腎・泌尿器	精巣腫大（男子）：[なし ・ あり]　腎機能低下：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	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]
症状	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	精神・神経	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]
症状	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	その他	二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
症状	その他	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（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：（　　）×10⁴/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：（　　）
遺伝学的検査	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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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 79　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	5　成熟を伴わない急性骨髄性白血病	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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]
症状	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]
症状	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]
症状	腎・泌尿器	精巣腫大（男子）：[なし ・ あり]　腎機能低下：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	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]
症状	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	精神・神経	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]
症状	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	その他	二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
症状	その他	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（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：（　　）×10⁴/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：（　　）
遺伝学的検査	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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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 78　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	6　成熟を伴う急性骨髄性白血病	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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]
症状	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]
症状	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]
症状	腎・泌尿器	精巣腫大（男子）：[なし ・ あり]　腎機能低下：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	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]
症状	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	精神・神経	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]
症状	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	その他	二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
症状	その他	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（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：（　　）×10⁴/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：（　　）
遺伝学的検査	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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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 74　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	7　急性前骨髄球性白血病	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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]
症状	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]
症状	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]
症状	腎・泌尿器	精巣腫大（男子）：[なし ・ あり]　腎機能低下：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	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]
症状	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	精神・神経	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]
症状	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	その他	二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
症状	その他	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（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：（　　）×10⁴/μL フィブリノゲン：（　　）mg/dL　FDP：（　　）μg/mL・未実施
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：（　　）
遺伝学的検査	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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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 72　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	8　急性骨髄単球性白血病	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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]
症状	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]
症状	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]
症状	腎・泌尿器	精巣腫大（男子）：[なし ・ あり]　腎機能低下：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	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]
症状	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	精神・神経	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]
症状	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	その他	二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
症状	その他	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（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：（　　）×10⁴/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：（　　）
遺伝学的検査	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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〈継続申請用〉　

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〈継続申請用〉

病名	9　急性単球性白血病	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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]
症状	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]
症状	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]
症状	腎・泌尿器	精巣腫大（男子）：[なし ・ あり]　腎機能低下：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	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]
症状	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	精神・神経	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]
症状	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	その他	二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
症状	その他	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（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：（　　）×10⁴/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：（　　）
遺伝学的検査	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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　

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〈継続申請用〉

病名	10　急性赤白血病	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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]
症状	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]
症状	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]
症状	腎・泌尿器	精巣腫大（男子）：[なし ・ あり]　腎機能低下：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	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]
症状	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	精神・神経	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]
症状	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	その他	二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
症状	その他	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（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：（　　）×10⁴/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：（　　）
遺伝学的検査	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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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 70　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	11　急性巨核芽球性白血病	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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）：（　　）

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：（　　）×10⁴/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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〈継続申請用〉　

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 82　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	12　NK（ナチュラルキラー）細胞白血病	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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]
症状	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]
症状	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]
症状	腎・泌尿器	精巣腫大（男子）：[なし ・ あり]　腎機能低下：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	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]
症状	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	精神・神経	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]
症状	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	その他	二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
症状	その他	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（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：（　　）×10⁴/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：（　　）
遺伝学的検査	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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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 83　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	13　慢性骨髄性白血病	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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]
症状	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]
症状	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]
症状	腎・泌尿器	精巣腫大（男子）：[なし ・ あり]　腎機能低下：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	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]
症状	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	精神・神経	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]
症状	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	その他	二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
症状	その他	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（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：（　　）×10⁴/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：（　　）
遺伝学的検査	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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	14　慢性骨髄単球性白血病	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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]
症状	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]
症状	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]
症状	腎・泌尿器	精巣腫大（男子）：[なし ・ あり]　腎機能低下：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	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]
症状	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	精神・神経	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]
症状	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	その他	二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
症状	その他	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（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：（　　）×10⁴/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：（　　）
遺伝学的検査	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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	15　若年性骨髄単球性白血病	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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]
症状	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]
症状	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]
症状	腎・泌尿器	精巣腫大（男子）：[なし ・ あり]　腎機能低下：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	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]
症状	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	精神・神経	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]
症状	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	その他	二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
症状	その他	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（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：（　　）×10⁴/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：（　　）
遺伝学的検査	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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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 85　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

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	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

具体的な疾病名	（　　）	最終受診日　（　　年　　月　　日）
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）：（　　）

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：（　　）×10⁴/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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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 44　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	17　骨髄異形成症候群	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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]
症状	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]
症状	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]
症状	腎・泌尿器	精巣腫大（男子）：[なし ・ あり]　腎機能低下：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	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]
症状	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	精神・神経	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]
症状	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	その他	二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
症状	その他	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（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：（　　）×10⁴/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：（　　）
遺伝学的検査	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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〈継続申請用〉**　

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〈継続申請用〉

病名	18　成熟B細胞リンパ腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能		運動制限の必要性	なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　発熱：[なし ・ あり]　疼痛：[なし ・ あり] 易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
		リンパ節腫大：頸部：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：腋窩：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：鎖骨上窩：[なし ・ あり] リンパ節腫大：縦隔：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：肺門部：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：傍大動脈：[なし ・ あり] リンパ節腫大：腸間膜：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：鼠径：[なし ・ あり] リンパ節腫大：その他：（　　）
	消化器	肝腫大（触診）：[なし ・ あり]　脾腫大（触診）：[なし ・ あり]　肝機能障害：[なし ・ あり] 消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	精巣腫大（男子）：[なし ・ あり]　腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	中枢神経浸潤：[なし ・ あり]　白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		胸腺腫大：[なし ・ あり]　歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（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：骨髄：（　　）% ・ 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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　2/3

画像検査	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。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〈継続申請用〉

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〈継続申請用〉

病名	19　未分化大細胞リンパ腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能		運動制限の必要性	なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　発熱：[なし ・ あり]　疼痛：[なし ・ あり] 易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
		リンパ節腫大：頸部：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：腋窩：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：鎖骨上窩：[なし ・ あり] リンパ節腫大：縦隔：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：肺門部：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：傍大動脈：[なし ・ あり] リンパ節腫大：腸間膜：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：鼠径：[なし ・ あり] リンパ節腫大：その他：（　　）
	消化器	肝腫大（触診）：[なし ・ あり]　脾腫大（触診）：[なし ・ あり]　肝機能障害：[なし ・ あり] 消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	精巣腫大（男子）：[なし ・ あり]　腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	中枢神経浸潤：[なし ・ あり]　白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		胸腺腫大：[なし ・ あり]　歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（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：骨髄：（　　）% ・ 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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〈継続申請用〉　

画像検査	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。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〈継続申請用〉

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〈継続申請用〉

病名	20　Bリンパ芽球性リンパ腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能		運動制限の必要性	なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　発熱：[なし ・ あり]　疼痛：[なし ・ あり] 易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
		リンパ節腫大：頸部：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：腋窩：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：鎖骨上窩：[なし ・ あり] リンパ節腫大：縦隔：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：肺門部：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：傍大動脈：[なし ・ あり] リンパ節腫大：腸間膜：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：鼠径：[なし ・ あり] リンパ節腫大：その他：（　　）
	消化器	肝腫大（触診）：[なし ・ あり]　脾腫大（触診）：[なし ・ あり]　肝機能障害：[なし ・ あり] 消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	精巣腫大（男子）：[なし ・ あり]　腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	中枢神経浸潤：[なし ・ あり]　白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		胸腺腫大：[なし ・ あり]　歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（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：骨髄：（　　）% ・ 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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　2/3

画像検査	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。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〈継続申請用〉

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〈継続申請用〉

病名	21　Tリンパ芽球性リンパ腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能		運動制限の必要性	なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　発熱：[なし ・ あり]　疼痛：[なし ・ あり] 易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
		リンパ節腫大：頸部：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：腋窩：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：鎖骨上窩：[なし ・ あり] リンパ節腫大：縦隔：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：肺門部：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：傍大動脈：[なし ・ あり] リンパ節腫大：腸間膜：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：鼠径：[なし ・ あり] リンパ節腫大：その他：（　　）
	消化器	肝腫大（触診）：[なし ・ あり]　脾腫大（触診）：[なし ・ あり]　肝機能障害：[なし ・ あり] 消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	精巣腫大（男子）：[なし ・ あり]　腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	中枢神経浸潤：[なし ・ あり]　白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		胸腺腫大：[なし ・ あり]　歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（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：骨髄：（　　）% ・ 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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〈継続申請用〉　

画像検査	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。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〈継続申請用〉

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〈継続申請用〉

病名	22 ホジキン（Hodgkin）リンパ腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　発熱：[なし ・ あり]　疼痛：[なし ・ あり] 易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
		リンパ節腫大：頸部：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：腋窩：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：鎖骨上窩：[なし ・ あり] リンパ節腫大：縦隔：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：肺門部：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：傍大動脈：[なし ・ あり] リンパ節腫大：腸間膜：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：鼠径：[なし ・ あり] リンパ節腫大：その他：（　　）
	消化器	肝腫大（触診）：[なし ・ あり]　脾腫大（触診）：[なし ・ あり]　肝機能障害：[なし ・ あり] 消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	精巣腫大（男子）：[なし ・ あり]　腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	中枢神経浸潤：[なし ・ あり]　白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		胸腺腫大：[なし ・ あり]　歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（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：骨髄：（　　）% ・ 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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〈継続申請用〉　

画像検査	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。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〈継続申請用〉

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 91　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

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	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能		運動制限の必要性	なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

具体的な疾病名	（　　）	最終受診日	（　　年　　月　　日）	

症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　発熱：[なし ・ あり]　疼痛：[なし ・ あり] 易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
		リンパ節腫大：頸部：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：腋窩：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：鎖骨上窩：[なし ・ あり] リンパ節腫大：縦隔：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：肺門部：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：傍大動脈：[なし ・ あり] リンパ節腫大：腸間膜：[なし ・ あり]　リンパ節腫大：鼠径：[なし ・ あり] リンパ節腫大：その他：（　　）
	消化器	肝腫大（触診）：[なし ・ あり]　脾腫大（触診）：[なし ・ あり]　肝機能障害：[なし ・ あり] 消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	精巣腫大（男子）：[なし ・ あり]　腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	中枢神経浸潤：[なし ・ あり]　白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		胸腺腫大：[なし ・ あり]　歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（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：骨髄：（　　）% ・ 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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〈継続申請用〉　

画像検査	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。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〈継続申請用〉

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〈継続申請用〉

病名	24　ランゲルハンス（Langerhans）細胞組織球症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能		運動制限の必要性	なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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（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：（　　）×10⁴/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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　2/3

画像検査	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 ） 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。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〈継続申請用〉

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〈継続申請用〉

病名	25　血球貪食性リンパ組織球症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
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]
症状	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]
症状	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]
症状	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	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]
症状	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]
症状	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]
症状	精神・神経	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]
症状	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
症状	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]
症状	その他	二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
症状	その他	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（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：（　　）×10⁴/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：（　　）
画像検査	CT検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 部位：（　　） 所見：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　2/3

画像検査	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 ） 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。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〈継続申請用〉

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〈継続申請用〉

病名	26　24及び25に掲げるもののほか、組織球症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

具体的な疾病名	（　　）　最終受診日　（　　年　　月　　日）
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]
症状 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]
症状 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]
症状 腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
症状 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]
症状 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]
症状 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]
症状 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]
症状 精神・神経	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]
症状 耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
症状 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]
症状 その他	二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
症状 その他	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（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：（　　）×10⁴/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：（　　）
画像検査	CT検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） 部位：（　　） 所見：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/3**

画像検査	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 ） 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。

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〈継続申請用〉

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〈継続申請用〉

病名	27　神経芽腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	28 神経節芽腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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 （　　ー　　） 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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時） ※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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 40　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	29　網膜芽細胞腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	30　ウィルムス（Wilms）腫瘍／腎芽腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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 23　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	31　腎明細胞肉腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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 22 悪性新生物 （　　） 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	32 腎細胞癌	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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 （　　ー　　） 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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時） ※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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 9　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	33　肝芽腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	34　肝細胞癌	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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　]　　実施日：（　　年　　月　　日　）
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 15　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	35　骨肉腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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 14 悪性新生物 （　　） 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	36 骨軟骨腫症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）
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 （　　ー　　） 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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能		運動制限の必要性	なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	

臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時） ※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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 32　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	37　軟骨肉腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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 31　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	38　軟骨芽細胞腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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 3　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	39　悪性骨巨細胞腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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 41　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	40　ユーイング（Ewing）肉腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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〈継続申請用〉

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	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 →（　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

告示番号 36　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	42　横紋筋肉腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	43　悪性ラブドイド腫瘍	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能		運動制限の必要性	なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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 37　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	44　未分化肉腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	45 線維形成性小円形細胞腫瘍	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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 （　　ー　　） 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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時） ※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	46　線維肉腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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 8　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	47　滑膜肉腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	48　明細胞肉腫（腎明細胞肉腫を除く。）	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能		運動制限の必要性	なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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 35　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	49 胞巣状軟部肉腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　2/2

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〈継続申請用〉

病名	50　平滑筋肉腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	51　脂肪肉腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）
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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能		運動制限の必要性	なし ・ あり
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	52　未分化胚細胞腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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 28　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	53 胎児性癌	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能	運動制限の必要性	なし ・ あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	54　多胎芽腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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 42　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	55　卵黄嚢腫（卵黄嚢腫瘍）	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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 18　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	56　絨毛癌	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	57　混合性胚細胞腫瘍	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能	運動制限の必要性	なし ・ あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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 25　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	58　性索間質性腫瘍	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり] 精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり] 二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　） 歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	59 副腎皮質癌	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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 13　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	60　甲状腺癌	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	61　上咽頭癌	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	62　唾液腺癌	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	63　悪性黒色腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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 7　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	64　褐色細胞腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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 1　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	65　悪性胸腺腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉

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 12　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	66　胸膜肺芽腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	67　気管支腫瘍	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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 24　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	68　膵芽腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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〈継続申請用〉

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	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

具体的な疾病名	（　　）	最終受診日　（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	フェリチン：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	VMA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） HVA：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	NSE：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） hCG-βサブユニット：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日） 絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：（　　）mIU/mL ・ 未実施　実施日：（　　年　　月　　日）
	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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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 68　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	70　毛様細胞性星細胞腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能		運動制限の必要性	なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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 64　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	71　びまん性星細胞腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり] 精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり] 二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　） 歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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 63　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	72　退形成性星細胞腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり] 精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり] 二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　） 歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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 52　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	73　膠芽腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり] 精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり] 二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　） 歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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 53　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	74　上衣腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり] 精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり] 二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　） 歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〈継続申請用〉　

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 65　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	75　乏突起神経膠腫（乏突起膠腫）	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能		運動制限の必要性	なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〈継続申請用〉**　

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 58　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	76　髄芽腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり] 精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり] 二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　） 歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	77　頭蓋咽頭腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり] 精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり] 二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　） 歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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 54　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	78　松果体腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり] 精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり] 二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　） 歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〈継続申請用〉**　

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〈継続申請用〉

病名	79 脈絡叢乳頭腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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 （　　ー　　） 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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時） ※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	80　髄膜腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり] 精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり] 二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　） 歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	81　下垂体腺腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）
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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能	運動制限の必要性：なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当：する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当：する ・ しない ・ 不明	

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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 56　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	82　神経節膠腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	83　神経節腫（神経節細胞腫）	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	84 脊索腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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〈継続申請用〉

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	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 →（　　）
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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能	運動制限の必要性	なし ・ あり
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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〈継続申請用〉

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	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能		運動制限の必要性	なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	87　悪性神経鞘腫（悪性末梢神経鞘腫瘍）	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能		運動制限の必要性	なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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 55　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	88 神経鞘腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉　**2/2**

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〈継続申請用〉

病名	89　奇形腫（頭蓋内及び脊柱管内に限る。）	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能		運動制限の必要性	なし ・ あり	
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当	する ・ しない ・ 不明	

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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 61　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

病名	90　頭蓋内胚細胞腫瘍	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

最終受診日		（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり] 精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり] 二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　） 歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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 69　悪性新生物　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉

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	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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（　　ー　　）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	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能　運動制限の必要性　なし ・ あり 人工呼吸器等装着者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明　小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当　する ・ しない ・ 不明

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

具体的な疾病名		（　　）　最終受診日　（　　年　　月　　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　易感染性：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]
	消化器	肝機能障害：[なし ・ あり]　消化器症状：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	心機能障害（不整脈含む）：[なし ・ あり]　呼吸障害：[なし ・ あり]
	筋・骨格	大腿骨頭壊死：[なし ・ あり]　骨密度低下：[なし ・ あり]　筋・軟部組織障害：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚障害：[なし ・ あり]　毛髪異常：[なし ・ あり]
	精神・神経	白質脳症：[なし ・ あり]　抑鬱：[なし ・ あり]　末梢神経障害：[なし ・ あり] 認知機能障害：[なし ・ あり]　てんかん：[なし ・ あり]　発達障害：[なし ・ あり]
		精神発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位（移動可） ・ 坐位（移動不可） ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]
	その他	慢性GVH病：皮膚障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり]　慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：眼症状：[なし ・ あり]　慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]　慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		歯牙異常：[なし ・ あり]　自己免疫疾患：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：（　　）ng/mL ・ 未実施　実施日：（　　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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2023a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

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