

小児慢性特定疾患（悪性新生物）医療意見書（平成 年度）

		受給者番号（ ）		新規（新規診断、転入）		継続		
患者	ふりがな 氏名	男女	生年 月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)	
発病	昭・平 年 月頃		初診日	昭・平 年 月 日				
疾患分 区	01 悪性 新生物	診断名： 病型、組織型： FAB分類：L(), M() 発症部位、病期、Stage：					ICD()	
現在の症状：								
<p>診断の数値等（該生骨髄組織細胞表面腫瘍）</p> <p>根拠となる部位（骨髄、骨髄組織）</p> <p>検査項目（抗腫瘍抗原、免疫組織化学）</p> <p>検査結果（陽性、陰性、その他）</p> <p>検査項目（腫瘍細胞、陽性抗腫瘍抗原、その他）</p> <p>検査結果（陽性、陰性、その他）</p> <p>検査項目（VMA、HVA、NSE、AFP、CEA、HCG、ferritin、その他）</p> <p>検査結果（正常、境界、異常）</p> <p>検査項目（MRI、CT、超音波、その他）</p> <p>検査結果（所見、無、有）</p>								
その他の現在の主な所見等：合併症（無、有）								
<p>経過（これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果）</p> <p>神経芽細胞腫の場合どちらかに○印： マススクリーニングで発見、その他（マススクリーニング受検 有・無）</p> <p>（1つに○印：治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能）</p>								
今後の治療方針								
治療見込 期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日						
	通院	平成 年 月 日から平成 年 月 日（月 回）						
上記の通り診断する 平成 年 月 日		医療機関所在地 名称 医師氏名				科 印		

注）「所見」とは、「特記すべき所見」を意味する。

小児慢性特定疾患（慢性腎疾患）医療意見書（平成 年度）

		受給者番号（ ）		新規（新規診断、転入）		継続		
患者	ふりがな氏名			男女	生年月日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日（満 歳）	
発病	昭・平 年 月 頃			初診日	昭・平 年 月 日			
疾患区分	02 慢性腎疾患	疾患名						ICD（ ）
現在の症状：								
<p>診断の根拠となった主な検査等の結果（数値等を用いて具体的に記載、継続の場合は現在の状況）に該当するものに○をつけ、必要な場合（ ）に記載してください。</p> <p>血尿：無・有（肉眼的血尿、 / 視野）、蛋白尿：無・有（ mg/dl）</p> <p>血清：総蛋白（ g/dl）（アルブミン g/dl）、クレアチニン（ mg/dl）</p> <p>総コレステロール（ mg/dl）、IgA（ mg/dl）、C3（ mg/dl）</p> <p>腎エコー：未実施、実施（特記すべき所見：無、有）</p> <p>腎生検：未実施、実施（所見）</p>								
その他の現在の主な所見等：合併症（無、有）								
経過（これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果）								
（1つに○印：治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能）								
今後の治療方針								
治療見込期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日						
上記の通り診断する		医療機関所在地			科			
平成 年 月 日		医師氏名			印			

注）低身長を伴う慢性腎不全で成長ホルモン治療を要する場合は「成長ホルモン治療用意見書（初回、継続）」を添付して下さい。

小児慢性特定疾患（ぜんそく）医療意見書（平成 年度）

		受給者番号（ ）		新規（新規診断、転入）		継続		
患者	ふりがな氏名			男女	生年月日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日（満 歳）	
発病	昭・平 年 月 頃			初診日	昭・平 年 月 日			
疾患区分	03 ぜんそく	疾患名						ICD()
<p>重症度：重症度は以下の基準で、「重、中、軽」のいずれかに○をつける。 大発作¹⁾ 中発作²⁾ 小発作³⁾ 発作頻度 半年回数以内回数 中重軽 1か月間の治療点数 ステロイド依存例(吸入性ステロイドを除く) : 重、 1か月間の治療点数 1年以上に引き続く特記事項 :</p>								
<p>診断の数値等根拠と抛を用いないで、 該血液検査もIgE (U/ml)、RAST陽性抗原 () 末梢血球検査：好酸球 (/mm³)、喀痰または鼻汁の好酸球 (-、+、++、+++) 呼吸機能検査：FEV_{1.0} (ml)、%FEV_{1.0} (%)、%PEF (%) 吸入道過敏性検査：未実施、実施 (過敏性：無、有) その他 ()</p>								
<p>その他の現在の主な所見等：合併症（無、有)</p>								
<p>経過（これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果）</p> <p>（1つに○印：治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能）</p>								
<p>今後の治療方針</p>								
治療見込期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日						
上記の通り診断する 平成 年 月 日		医療機関所在地 名称 医師氏名			科 印			

1) 著明な喘鳴、呼吸困難、起座呼吸を呈し、時にチアノーゼを認める。
 2) 明らかかな喘鳴、呼吸困難を認め、呼吸困難がある。
 3) 軽い喘鳴がある。軽い呼吸困難を伴うこともある。
 4) (ベータ刺激剤吸入後のFEV_{1.0} - 吸入前のFEV_{1.0}) / (吸入前のFEV_{1.0}) × 100%

小児慢性特定疾患（慢性心疾患）医療意見書（平成 年度）

		受給者番号（ ）		新規（新規診断、転入）		継続	
患者	ふりがな氏名			男女	生年月日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日（満 歳）
発病	昭・平 年 月 日			初診日	昭・平 年 月 日		
疾患区分	04慢性心疾患	疾患名	ICD()				
現在	現在の症状：該当するもの○をつけ、体重を記入してください。 アノ一ゼ：有、無 哺乳力低下（食欲不振）：有、無 多呼吸：有、無 体重増性（運動制限）：有、無 易感染性：有、無 易疲労性（運動制限）：有、無 体重(kg)						
聴診所見 心雑音：無、有（収縮期、拡張期、連続性雑音）							
診断の数値	診断の根拠とない、検査結果の継続の場合は現在の状況に記してください。 該当する脈線：正：正常、無：胸実ル、右有郭比、左室肥大、左房肥大、右房肥大、左房肥大 胸部心臓大動脈圧 / (平均圧 mmHg)、右室圧 / 、左室圧 / 肺動脈圧 / (平均圧 mmHg)、Qp/Qs= 、Rp/Rs=						
その他の現在の主な所見等：合併症（無、有）							
経過（これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果）							
（1つに○印：治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能）							
今後の治療方針							
治療見込期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日					
上記の通り診断する				医療機関所在地			
平成 年 月 日				名称			
				科			
				医師氏名			
				印			

小児慢性特定疾患（内分泌疾患）医療意見書（平成 年度）

		受給者番号 ()		新規 (新規診断、転入)		継続	
患者	ふりがな 氏名			男女 1)	生年 月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)
発病	昭・平 年 月 頃			初診日	昭・平 年 月 日		
疾患 区分	05 内分泌疾患	疾患名	ICD()				
現在：平成 年 月 日 ²⁾ の身長 cm、体重 kg 二次性徴 ³⁾ Tanner B/G、PH 先天性甲状腺機能低下症、先天性副腎過形成の場合、どちらかに○印： 新生児スクリーニングで発見、他で発見							
診断の根拠となった症状、身体所見、検査成績（数値で具体的に）を記載する （継続の場合は現在の状況）							
その他の現在の主な所見等：合併症（無、有 ）							
経過（これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果） （1つに○印：治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能）							
今後の治療方針							
治療見 期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日					
	通院	平成 年 月 日から平成 年 月 日（月 回）					
上記の通り診断する				医療機関所在地 名称 科			
平成 年 月 日				医師氏名 印			

注1) 性腺疾患で性の決定を保留している場合は、記入しなくてもよい。

注2) 初診時または診断時についての記入でよい。

注3) B/G: breast/genitalia stages, PH: pubic hair stages

注4) 成長ホルモン分泌不全性低身長症（下垂体性小人症）または成長ホルモン治療を要する場合は「成長ホルモン治療用意見書（初回、継続）」を添付して下さい。

小児慢性特定疾患（膠原病）医療意見書（平成 年度）

		受給者番号（ ）		新規（新規診断、転入）		継続	
患者	ふりがな氏名			男女	生年月日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日（満 歳）
発病	昭・平 年 月頃			初診日	昭・平 年 月 日		
疾患区分	06 膠原病	疾患名	ICD（ ）				
現在の症状	該当するものに○をつけ、必要な場合（ ）に記載する。						
関節の症状	無、有（主症状）						
皮膚の症状	無、有（主症状）						
その他	発熱：無、有						
眼	レイノー症状：無、有（ ）						
口腔内	症状：無、有（ ）						
診断の根拠	となつた主たる検査等の結果を記載、継続の場合は現在の状況）						
該当するものに○をつけ、必要な場合（ ）に記載してください。							
赤沈	1時間値（ mm）、CRP（ mg/dl）、白血球（増、正常、減）						
血清総蛋白	（ g/dl）、血清γグロブリン値（ g/dl）						
抗核抗体	（ 倍）、抗DNA抗体（ IU/ml）						
抗RNP抗体	（ -、±、+ ）、RA（ -、±、+ ）						
生検	未実施、実施（部位： 病理所見： ）						
その他	（ ）						
その他の現在の主な所見等：合併症（無、有 ）							
経過（これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果）							
（1つに○印：治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能）							
今後の治療方針							
治療見込期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日					
	通院	平成 年 月 日から平成 年 月 日（月 回）					
上記の通り診断する				医療機関所在地			
平成 年 月 日				名称			
				科			
				医師氏名			
				印			

小児慢性特定疾患（糖尿病）医療意見書（平成 年度）

		受給者番号 ()		新規 (新規診断、転入)		継続	
患者	ふりがな氏名			男女	生年月日	昭和 年 月 日	平成 (満 日 歳)
発病	昭・平 年 月 頃			初診日	昭・平 年 月 日		
疾患区分	07 糖尿病	疾患名	ICD()				
<p>現在の症状：平成 年 月の身長 cm、体重 kg 以下、該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載してください。 多尿・多飲 (年 月 頃より)、必要場合 () に記載してください。 全身倦怠 (年 月 頃より)、意識障害・昏睡 (年 月 頃より) その他 ()</p>							
<p>診断の根拠となった主な検査等の結果 (数値等を用いて具体的に記載、継続の場合は現在の状況) (該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載してください。 病型：IDDM、NIDDM、分類不能、 随時血糖値・空腹時血糖値 (mg/dl) Insulin (μU/ml)、HbA1c %、随時尿糖値・早朝尿糖値 (g/dl) ケトン尿 (-、+、++、+++)、蛋白尿 (-、+、++) 血清：Na (mEq/L)、K (mEq/L)、Cl (mEq/L) 中性脂肪 (mg/dl)、BUN (mg/dl)、クレアチニン (mg/dl) GOT (mIU/ml)、GPT (mIU/ml)、総コレステロール (mg/dl) O-GTT (NIDDMのみ) (g負荷)：前 (mg/dl)、 1時間 (mg/dl)、2時間 (mg/dl)</p>							
<p>その他の現在の主な所見等： 糖尿病性合併症 (無、有) その他の合併症 (無、有)</p>							
<p>経過 (これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果)</p> <p>(1つに○印：治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能)</p>							
今後の治療方針							
治療見込期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日					
	通院	平成 年 月 日から平成 年 月 日 (月 回)					
上記の通り診断する		平成 年 月 日		医療機関所在地 名称		科	
				医師氏名		印	

小児慢性特定疾患（先天性代謝異常）医療意見書（平成 年度）

		受給者番号（ ）		新規（新規診断、転入）		継続	
患者	ふりがな 氏名			男女	生年月日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日（満 歳）
発病	昭・平 年 月 頃			初診日	昭・平 年 月 日		
疾患区分	08 先天性代謝異常		疾患名	ICD（ ）			
マ ス 肝 腫 の 他	現在の症状：該当するもの、知的障害、骨変形、尿路結石、必要な場合は自由記載する。 （ ）						
診 断 の 根 拠 と な る 機 能 的 所 見 等 の 結 果 の 場 合 は 現 在 の 状 況 に 記 載 し て く だ さ い 。	（ ）						
血 液 分 析 の 値 等 の 所 見 等 の 結 果 の 場 合 は 現 在 の 状 況 に 記 載 し て く だ さ い 。	（ ）						
尿 分 析 の 所 見 等 の 結 果 の 場 合 は 現 在 の 状 況 に 記 載 し て く だ さ い 。	（ ）						
そ の 他 の 所 見 等 の 結 果 の 場 合 は 現 在 の 状 況 に 記 載 し て く だ さ い 。	（ ）						
そ の 他 の 所 見 等 の 結 果 の 場 合 は 現 在 の 状 況 に 記 載 し て く だ さ い 。	（ ）						
経 過 （ こ れ ま で に 行 わ れ た 主 な 治 療 、 主 な 検 査 等 の 結 果 ）	（ ）						
（1つに○印：治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能）							
今後の治療方針							
治療見込期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日					
	通院	平成 年 月 日から平成 年 月 日（月 回）					
上記の通り診断する				医療機関所在地			
平成 年 月 日				名称			
				科			
				医師氏名			
				印			

注) 軟骨異栄養症で成長ホルモン治療を要する場合は「成長ホルモン治療用意見書（初回、継続）」を添付して下さい。

小児慢性特定疾患（血友病等血液疾患）医療意見書（平成 年度）

受給者番号（ ）			新規（新規診断、転入）			継続			
患者	ふりがな 氏名			男女	生年 月日	昭和 平成	年 月 日	（満 日 歳）	
発病	昭・平 年 月頃			初診日	昭・平	年	月	日	
疾患区分	09	血友病等 血液疾患	疾患名	ICD（ ）					
現在の症状：該当するものに○をつけ、必要な場合は自由記載する。 発熱、鼻出血、関節痛、易感染性、血尿、貧血、黄疸、発疹、出血斑、脾腫 腫瘍、血管腫									
診断の根拠となった主な検査等の結果 （数値等を用いて具体的に記載、継続の場合は現在の状況） 該当するものに○をつけ、必要な場合（ ）に記載してください。 Hb（ g/dl）、RBC（ $\times 10^4/mm^3$ ）、Ht（ %）、Plt（ $\times 10^4/mm^3$ ） WBC（ / mm^3 ）、好中球 %、好酸球 %、リンパ球 %、網赤血球（ ‰） 出血時間（ 分）、PT（ 秒）、APTT（ 秒）、第Ⅷ因子（ %）、第Ⅸ因子（ %） 血清間接ビリルビン（ mg/dl）、LDH（ IU/l）、BUN（ mg/dl） IgG（ mg/dl）、IgA（ mg/dl）、IgM（ mg/dl）、直接Coombs試験（+-） PA-IgG（ ng/ 10^7 cells） 白血球機能検査：未実施、実施（所見）									
その他の現在の主な所見等：合併症（無、有）									
経過（これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果）									
（1つに○印：治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能）									
今後の治療方針									
治療見込 期間	入院	平成	年	月	日から	平成	年	月	日
	通院	平成	年	月	日から	平成	年	月	日（月 回）
上記の通り診断する			医療機関所在地						
平成 年 月 日			名称						
			医師氏名						
			科						
			印						

小児慢性特定疾患（神経・筋疾患）医療意見書（平成 年度）

		受給者番号（ ）		新規（新規診断、転入）		継続	
患者	ふりがな氏名			男女	生年月日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日（満 歳）
発病	昭・平 年 月 頃			初診日	昭・平 年 月 日		
疾患区分	10 神経・筋疾患		疾患名	ICD（ ）			
<p>現在の症状：該当するものに○をつけ、必要な場合は自由記載する。 「神経疾患」小頭症：無、有（頭囲 cm） けいれん発作：無、有（ ） 自閉傾向：無、有（ ） 意識障害：無、有（ ） 行動異常：無、有（ ） 精神遅滞：無、有（軽、中、重） 運動障害：無、有（歩行可、座位可、寝たきり） 皮膚所見：無、有（ ） 呼吸異常：無、有（ ）</p> <p>「筋疾患」筋緊張低下：無、有（程度 ）</p>							
<p>診断の根拠としての発達指数（ ）の結果は現在の状況（ ）に記載してください。 「該当疾患」年齢時、数値（ ） 脳波（ ） CTまたはMRI：未実施、実施（所見 ） 麻疹抗体価：未実施、実施（血清、髄液 ）（方法 ）</p> <p>「筋疾患」発達指数：未実施、実施（数値 ） 筋生検：未実施、実施（所見 ） 筋電図：未実施、実施（所見 ） 血清CK：未実施、実施（ IU/l）、血清乳酸：未実施、実施（ mg/dl） CTまたはMRI：未実施、実施（所見 ）</p>							
その他の現在の主な所見等：合併症（無、有 ）							
経過（これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果）							
（1つに○印：治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能）							
今後の治療方針							
治療見込期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日					
上記の通り診断する				医療機関所在地			
平成 年 月 日				名称		科	
				医師氏名		印	

小児慢性特定疾患医療意見書用
成長ホルモン治療用意見書（初回）

氏名		性別	男 女	生年月日	年 月 日生	暦年齢	歳 ヶ月
身長	. cm	体重	. kg (身長SDスコア . SD)	(年 月 日測定)	骨年齢	歳 ヶ月	
1年前の身長	. cm	(年 月 日測定)	成長率	. cm/年	症候性低血糖	有 無	
2年前の身長	. cm	(年 月 日測定)	成長率	. cm/年	二次性徴	有 無	

1. 成長ホルモン分泌不全性低身長症（下垂体性小人症）および成長ホルモン分泌不全を伴ったターナー症候群

GH	負荷名				夜間	0m	60m	120m	180m
	GH頂値	ng/ml	ng/ml	ng/ml	GH	20m	80m	140m	
尿中GH(pg/mgCr)					(ng/ml)	40m	100m	160m	平均
IGF-I(ナットリソック)		ng/ml	IGFBP-3		μg/ml	GH キット			
						1. 栄研RIA 2. 栄研IRMA 3. タイホットRIA 4. 第一ラボIRMA 5. 東ソーIEMA 6. 日立化成バイオ 7. その他 ()			
出生胎位	1. 頭位 2. 骨盤位 3. 帝切 4. その他 5. 不明				新生児	程 度	1. 軽 2. 中 3. 重 4. 不明		
新生児仮死	1. 有 2. 無 3. 不明				黄 疸	選 延	1. 有 2. 無 3. 不明		
甲状腺機能	T4	μg/dl	freeT4	ng/dl	脳の器質的疾患・画像診断の異常			1. 有 2. 無	
	T3	ng/ml	TSH	μU/ml	1. 特発性 2. 続発性 ()				

2. 軟骨異栄養症

	脳外科医・整形外科医の診断およびコメント	手術の必要性
大 孔 狭 窄	無 ・ 有 ()	無 ・ 有
脊 椎 管 狭 窄	無 ・ 有 ()	無 ・ 有
水 頭 症	無 ・ 有 ()	無 ・ 有
脊 髄 ・ 馬 尾 圧 迫	無 ・ 有 ()	無 ・ 有
神 經 障 害	無 ・ 有 ()	無 ・ 有
MRI・CTの所見	無 ・ 有 ()	遺伝子診断 (年 月 日)
その他	無 ・ 有 ()	1. 有 () 2. 無

3. 低身長を伴う慢性腎不全

治療期	1. 保存療法	腎機能検査 (年 月)	C c r ml/min/1.73m ²	
	2. 透析療法 1) 腹膜透析療法 2) 血液透析療法 (年 月 日 ~ 年 月 日)		算定法 1) 24時間Ccr 2) 2時間Ccr 3) 血清クレアチニン値換算	
			血清クレアチニン mg/dl	BUN mg/dl

小児慢性特定疾患医療意見書用
成長ホルモン治療用意見書（ 継続 ）

氏名		性別	男 女	生年月日	年 月 日生	暦年齢	歳 ヶ月
----	--	----	-----	------	--------	-----	------

一年間の治療	効果 1. 有 2. 有りと思う 3. 判定不能 4. 無と思う 5. 無
	GH治療と関係あると思われる有害事象 1. 無 2. 有 ()
	GH治療中の有害事象（上記を除く） 1. 無 2. 有 ()

治療経過

治療開始前1年間の身長増加 (. cm/年)				
治療	開始日	約1年前	約半年前	最近
測定年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
身長	. cm	. cm	. cm	. cm
二次性徴	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
併用薬	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
				体重 . kg
				骨年齢 歳 ヶ月
				(身長SDスコア . SD)

低身長を伴う慢性腎不全のみ

治療	開始日	約1年前	約半年前	最近
測定年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
Ccr	ml/min/1.73m ²	ml/min/1.73m ²	ml/min/1.73m ²	ml/min/1.73m ²
血清クレアチニン	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
BUN	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl