

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〉		1/2	
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 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()											
生年月日		年 月 日						性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県 () 市区町村 ()											
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日							
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日							
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										肥満度		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり	
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価		治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明					
臨床所見 (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]			
	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]			
	その他	精神発達遅滞 : [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
移動障害 : [なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 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 : ()													
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 : ()×10 ⁴ /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 : ()											

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