

告示番号		84		悪性新生物 ( ) 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3		
病名	14 慢性骨髄単球性白血病					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 ( )		被保険者記号 ( )		被保険者番号 ( )		被保険者個人単位枝番 ( )			
	資格取得年月日		年	月	日					
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
住所	郵便番号 ( - )		都道府県 ( )		市区町村 ( )		丁目番地等 ( )			
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地	都道府県 ( )		市区町村 ( )							
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日				
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI	
		年	月	日		年	月	日	肥満度	%
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり ( 等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 )					療育手帳	なし ・ あり		
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)	なし ・ あり ( 等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 )								
現状評価	治療 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性		なし ・ あり		
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明	
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載										
最終受診日	( 年 月 日 )									
症状	全身	発熱: [ なし ・ あり ]		疼痛: [ なし ・ あり ]		易出血性: [ なし ・ あり ]				
		リンパ節腫大: [ なし ・ あり ]								
	消化器	肝腫大 (触診): [ なし ・ あり ]		脾腫大 (触診): [ なし ・ あり ]						
	腎・泌尿器	精巣腫大 (男子): [ なし ・ あり ]								
	精神・神経	中枢神経浸潤: [ なし ・ あり ]								
その他	胸腺腫大: [ なし ・ あり ]				症状 (その他): ( )					
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]		発熱: [ なし ・ あり ]		疼痛: [ なし ・ あり ]		易出血性: [ なし ・ あり ]		
		易出血性: [ なし ・ あり ]		易感染性: [ なし ・ あり ]		易疲労性: [ なし ・ あり ]				
		リンパ節腫大: [ なし ・ あり ]								
	消化器	肝腫大 (触診): [ なし ・ あり ]		脾腫大 (触診): [ なし ・ あり ]		肝機能障害: [ なし ・ あり ]				
		消化器症状: [ なし ・ あり ]								
	内分泌・代謝	性腺機能低下: [ なし ・ あり ]		耐糖能異常: [ なし ・ あり ]		甲状腺機能低下: [ なし ・ あり ]				
	腎・泌尿器	精巣腫大 (男子): [ なし ・ あり ]		腎機能低下: [ なし ・ あり ]						
	呼吸器・循環器	心機能障害 (不整脈含む): [ なし ・ あり ]		呼吸障害: [ なし ・ あり ]						
	筋・骨格	大腿骨頭壊死: [ なし ・ あり ]		骨密度低下: [ なし ・ あり ]		筋・軟部組織障害: [ なし ・ あり ]				
	皮膚・粘膜	皮膚障害: [ なし ・ あり ]		毛髪異常: [ なし ・ あり ]						
精神・神経	中枢神経浸潤: [ なし ・ あり ]		白質脳症: [ なし ・ あり ]		抑鬱: [ なし ・ あり ]		末梢神経障害: [ なし ・ あり ]			
	認知機能障害: [ なし ・ あり ]		てんかん: [ なし ・ あり ]		発達障害: [ なし ・ あり ]					
	精神発達遅滞: [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]									
	移動障害: [ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明 ]									
耳鼻咽喉	聴力障害: [ なし ・ あり ]									
その他	慢性GVH病: 皮膚障害: [ なし ・ あり ]		慢性GVH病: 毛髪異常: [ なし ・ あり ]		慢性GVH病: 口腔粘膜障害: [ なし ・ あり ]					
	慢性GVH病: 眼症状: [ なし ・ あり ]		慢性GVH病: 呼吸障害: [ なし ・ あり ]		慢性GVH病: 肝機能障害: [ なし ・ あり ]					
	慢性GVH病: 骨格筋障害: [ なし ・ あり ]									
	二次がん: [ なし ・ あり ]				詳細: ( )					
	胸腺腫大: [ なし ・ あり ]		歯牙異常: [ なし ・ あり ]		自己免疫疾患: [ なし ・ あり ]		症状 (その他): ( )			

告示番号 **84** 悪性新生物 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/3**

検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載	
血液検査	白血球数: ( )/μL ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL 血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL
病理検査	骨髄検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	芽球比率: 骨髄: ( )% ・ 未実施 末梢血: ( )% ・ 未実施
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析: [ 未実施 ・ 実施 ] 陽性抗原: ( ) 陰性抗原: ( )
	画像検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )
遺伝学的検査	染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	白血球数: ( )/μL ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL 血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL
病理検査	芽球比率: 骨髄: ( )% ・ 未実施 末梢血: ( )% ・ 未実施
遺伝学的検査	染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	原病と直接関係しない併発症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
積極的治療の施行施設	治療施設: [ 自施設 ・ 他施設 ・ 不明 ] 他施設名: ( )
薬物療法	化学療法: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]
移植	同種造血幹細胞移植: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 )
放射線治療	放射線治療: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]
	頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]
	眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]
	胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]
	骨盤部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 四肢: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]
	全身 (造血細胞移植): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 限定領域 (造血細胞移植): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]
手術	手術 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 術式: ( )
治療	治療 (その他): ( )
治療状況	治療状況: [ 治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中 ]
	現在の状態: [ 初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他 ] 現在の状態 (その他): ( )
今後の治療方針	治療計画: [ 積極的治療継続 ・ 治療終了 (計画的経過観察) ・ その他 ] 治療計画 (その他): ( ) 積極的治療: 治療終了日: ( 年 月 日 ) 治療終了者の経過観察の必要性: [ なし ・ あり ]
	治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [ 一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群 ]
	今後の治療方針: ( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 通院頻度: ( )回/月
	成長ホルモン治療申請の有無: [ なし ・ あり ]
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校 (専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )

<b>告示番号</b>	<b>84</b>	<b>悪性新生物</b>	( )	<b>年度</b>		<b>小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉</b>	<b>3/3</b>
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