

|                                         |  |                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                      |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 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 慢性骨髓単球性白血病                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                      |  |                             |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                  |  |                                                                                                                                      |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 氏名                                      |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                      |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |  | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                      |  | cm ( SD)                                                                                                                             |  |                             |  | 体重<br>(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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>易出血性：[ なし ・ あり ] 易感染性：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>慢性GVH病：骨格筋障害：[ なし ・ あり ] |  |                                                                                                                                      |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 二次がん：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                             |  |                                                                                                                                      |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |



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 | ( |   | ) |

医療機関所在地 診断年月日 年 月 日

電話番号

診療科

醫師名

小兒慢性特定疾病 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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |