

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〉		1/2			
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 () 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]					
	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]	
	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 : () / μ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L													
病理検査		芽球比率 : 骨髓 : () % ・ 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 : ()													

