

| 告示番号 <b>44</b>         |                                                                                     | 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                     | <b>17 骨髄異形成症候群</b>                                                                  |                                            |                             | 受付種別                   | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                     |                                            |                             |                        |                                                                          |                                     |     |  |
| 氏名                     | (セイメイ)<br>(姓名)                                                                      |                                            | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)        | (セイメイ)<br>(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<br>(測定日)                                                                         | cm ( SD)                                   |                             | 体重<br>(測定日)            | kg ( SD)                                                                 |                                     | BMI |  |
|                        |                                                                                     | 年 月 日                                      | 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   |                                                                                     |                                            |                             |                        |                                                                          |                                     |     |  |
| 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 ]                   |     |  |
|                        |                                                                                     | 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): ( )                                                                       |                                            |                             |                        |                                                                          |                                     |     |  |
| 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: ( )                                                                             |                                            |                             |                        |                                                                          |                                     |     |  |

| 告示番号 <b>44</b> 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〉 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2/2   |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 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 ]<br>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 ]<br>頭部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 顔面: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>眼: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 脊髄: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>胸部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 腹部: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>実施日: ( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他): ( )<br>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 )<br>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 ( )                                                                                                                                                                  |       |
| 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 ( )<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 |