

告示番号		45		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	25 血球貪食性リンパ組織球症					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)			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]								
	内分泌・代謝	尿崩症: [なし ・ あり]											
	筋・骨格	骨病変: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	皮膚症状: [なし ・ あり]											
	精神・神経	中枢神経浸潤: [なし ・ あり]											
その他	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	尿崩症: [なし ・ あり]			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	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]						
	骨病変: [なし ・ あり]												
皮膚・粘膜	皮膚症状: [なし ・ あり]												
	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 (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 ⁴ /μL		CRP: ()mg/dL							
	可溶性IL-2レセプター: ()U/mL	未実施		フィブリノゲン: ()mg/dL		フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施							
病理検査	骨髓検査: [未実施 ・ 実施]												
	実施日: (年 月 日)												
	所見: ()												
	組織診: [未実施 ・ 実施]												
	実施日: (年 月 日)												
	部位: ()												
	所見: ()												
	芽球比率: 骨髓: ()% ・ 未実施		末梢血: ()% ・ 未実施										

告示番号	45	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
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: ()				
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()				
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [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 ⁴ /μL CRP: ()mg/dL 可溶性IL-2レセプター: ()U/mL ・ 未実施 フィブリノゲン: ()mg/dL フェリチン: ()ng/mL ・ 未実施				
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()				
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	MRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()				
	画像検査 (その他): [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): ()				
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 ()				

告示番号	45	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〉	3/3
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