

告示番号		15		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		35 骨肉腫							受付種別		☐ 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) 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]				
		体重減少：[なし ・ あり]				圧迫症状：[なし ・ あり]				局所腫脹 (腫瘤形成)：[なし ・ あり]				
		リンパ節腫大：[なし ・ あり]												
		悪心・嘔吐：[なし ・ あり]												
		腎・泌尿器				血尿：[なし ・ あり]				排尿障害：[なし ・ あり]				
		呼吸器・循環器				咳嗽：[なし ・ あり]				喘鳴：[なし ・ あり]				
		筋・骨格				運動障害：[なし ・ あり]				骨折：[なし ・ あり]				
		眼				眼症状：[なし ・ あり]								
耳鼻咽喉		難聴：[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]				易感染性：[なし ・ あり]				易疲労性：[なし ・ あり]				
		消化器				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		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	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：()														
		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		フェリチン：()ng/mL ・ 未実施				実施日：(年 月 日)								
		VMA：()ng/mL ・ 未実施				実施日：(年 月 日)								
		HVA：()ng/mL ・ 未実施				実施日：(年 月 日)								

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

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