

|                                         |    |                                                                 |  |                                                                                                                                     |                             |                      |                      |                          |          |                         |                             |                           |   |  |  |
|-----------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|---|--|--|
| 告示番号                                    |    | 4                                                               |  | 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                                      |    | 43 悪性ラブドイド腫瘍                                                    |  |                                                                                                                                     |                             |                      |                      |                          | 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)<br>年 月 日                                                                                                                   |                             | 体重<br>(測定日)          |                      | kg ( SD)<br>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<br>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 (腫瘍形成)：[ なし ・ あり ] |                             |                           |   |  |  |
|                                         |    | リンパ節腫大：[ なし ・ あり ]                                              |  |                                                                                                                                     |                             |                      |                      |                          |          |                         |                             |                           |   |  |  |
|                                         |    | 消化器                                                             |  | 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<br>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 ]<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 ] |   |  |  |
| 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

8

診断年月日

年

月

8

診療科

醫師名

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

8

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 ]

保險情報

保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( )

被保險者番号 ( ) 被保險者個人單位枝番 ( )

資格取得年月日 年 月 日