

病名		55 卵黄嚢腫（卵黄嚢腫瘍）				受付種別		☐ 継続 ☐ 転入 → （ ）				転出実施主体名（ ）	
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 （ ー ） 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（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] 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]											
	耳鼻咽喉	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]											
その他	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：()												
	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	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)												
	NSE：()ng/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)												
	α-フェトプロテイン（AFP）：()ng/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)												
	hCG- βサブユニット：()ng/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)												
	絨毛性ゴナドトロピン（hCG）：()mIU/mL ・ 未実施 実施日：(年 月 日)												
画像検査	腫瘍マーカー（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
	画像検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()												
検査所見（その他）		検査所見（その他）：()											

