

告示番号		16		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	57 混合性胚細胞腫瘍					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 ()			
	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)			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]			
		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)							

告示番号	16	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
血液検査	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			
腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : ()年 ()月 ()日			
所見 : ()					
病理検査	骨髄検査 : [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 : ()					
細胞診 (脳脊髄液) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : ()年 ()月 ()日			
所見 : ()					
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 : ()					
画像検査	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 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
	染色体検査 (生殖細胞系列) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日			
	所見 : ()				
遺伝子検査 (腫瘍細胞) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : ()年 ()月 ()日			
所見 : ()					
遺伝子検査 (生殖細胞系列) : [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	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				
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	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) : ()				
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
合併症	遺伝性腫瘍症候群の合併 : ()				
	合併症 (その他) : ()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
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] 照射量 : ()Gy				
手術	腫瘍摘出術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日 : ()年 ()月 ()日				
	摘出度 : [生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出] 術式 : ()				
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 : ()					

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