

告示番号		33		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	59 副腎皮質癌					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 ]											
	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 **33** 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

<b>告示番号</b>	<b>33</b>	<b>悪性新生物</b>	( )	<b>年度</b>		<b>小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉</b>	<b>3/3</b>
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