

告示番号 **2** 悪性新生物 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) **1/2**

|                                   |   |  |                             |                      |  |                       |     |
|-----------------------------------|---|--|-----------------------------|----------------------|--|-----------------------|-----|
| 病名                                | <b>63 悪性黒色腫</b>   |  |                             | 受付種別                 | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 転入 → ( ) |                       |     |
| 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>(姓名)  |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)        | (セイメイ)<br>(姓名)       |  |                       |     |
| 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<br>(測定日)   | cm ( SD)                                   |                             | 体重<br>(測定日)          | kg ( SD)   |                       | BMI |
|                                   |   | 年 月 日                                      | 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                              | 治癒 ・ 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 ]     |     |
|                                   | 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 ]<br>詳細: ( )  |  |                             |                      |  |                       |     |
| 歯牙異常: [ なし ・ あり ]                 |   | 自己免疫疾患: [ なし ・ あり ]<br>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 )                             |                             |                      |  |                       |     |
| 腫瘍マーカー (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]        |   | 実施日: ( 年 月 日 )<br>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): ( )   |  |                             |                      |  |                       |     |

|   |   |
|---|---|
| 告示番号 <b>2</b> 悪性新生物 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉 <b>2/2</b> |   |
| 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: ( )<br>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 )<br>摘出度: [ 生検 ・ 部分摘出 ・ 亜全摘出 ・ 肉眼的全摘出 ]<br>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 ]<br>治療計画 (その他): ( )<br>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 )<br>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<br>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<br>医師名<br>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 ( )<br>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 |