告示番号 7　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〉

病名	64　褐色細胞腫	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 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（　　） 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] 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（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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2025a-001

告示番号 7　**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〉**　**2/2**

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