

<b>告示番号</b>	<b>43</b>	<b>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)</b>	<b>1/3</b>
-------------	-----------	--------------------------------------------	------------

病名	69 27から68までに掲げるもののほか、固形腫瘍(中枢神経系腫瘍を除く。)			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 )
	年 月 日	年 月 日		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
	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					
具体的な疾病名	( )			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	43	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			
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) : ( )				
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