

告示番号		56		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		82 神経節腫						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)				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) 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 (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		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		神経線維腫症1型の合併: [なし ・ あり] 遺伝性腫瘍症候群 (その他) の合併: [なし ・ あり] 合併症 (その他): ()											

受給者番号（）患者氏名（）

2025a-001

告示番号56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

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 照射野：髄芽腫： 局所 後頭蓋窩 全脳全脊髄 全脳全脊髄+後頭蓋窩 全脳全脊髄+局所 照射野：胚細胞腫瘍： 局所 全脳室 全脳室+局所 全脳全脊髄 全脳全脊髄+局所 照射野：脳腫瘍（その他）： 局所 全脳 全脳全脊髄 全脳全脊髄+局所 その他 照射量：局所の合計（未実施の場合 0）： Gy照射量：全脳室、全脳または全脳全脊髄（未実施の場合 0）： 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	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

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

年

月

日

診断年月日

年

月

日

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