

告示番号		49		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		86 異型奇形腫瘍／ラブドイド腫瘍 (非定型奇形腫様ラブドイド腫瘍)								受付種別		☐ 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) 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 (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)											
身体所見		大頭症 (+2.0SD以上): [なし ・ あり]											
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下): [なし ・ あり]				体重減少: [なし ・ あり]							
	消化器	悪心・嘔吐: [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	尿崩症: [なし ・ あり]				性腺機能低下: [なし ・ あり]							
	精神・神経	頭痛: [なし ・ あり] 脳神経麻痺 (顔面神経麻痺等): [なし ・ あり]				痙攣: [なし ・ あり] 四肢麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 意識障害: [なし ・ あり] ふらつきまたは歩行異常: [なし ・ あり]							
	眼	視野障害: [なし ・ あり] 眼球運動障害: [なし ・ あり]				弱視: [なし ・ あり] 斜視: [なし ・ あり] 視神経乳頭浮腫: [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] 認知機能障害: [なし ・ あり]				抑鬱: [なし ・ あり] てんかん: [なし ・ あり]				末梢神経障害: [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		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: ()											

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	(		)

医療機関所在地 診断年月日 年 月 日

電話番号

診療科

醫師名

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

担当自治体

受理日	年	月	日
-----	---	---	---

公費負擔者番号

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]

保險情報

保険者番号 () 被保険者記号 ()

被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()

資格取得年月日 年 月 日