

告示番号		17		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〉		1/2		
病名		51 脂肪肉腫						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号				受診日		年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)								
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村				
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD)		体重 (測定日)		kg (SD)		BMI				
				年 月 日				年 月 日		肥満度 %				
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日								
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 ()												
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 (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														
症状	全身		発熱：[なし ・ あり] 体重減少：[なし ・ あり] リンパ節腫大：[なし ・ あり]				疼痛：[なし ・ あり] 圧迫症状：[なし ・ あり]				易出血性：[なし ・ あり] 局所腫脹 (腫瘍形成)：[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] 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：眼症状：[なし ・ あり] 慢性GVH病：骨格筋障害：[なし ・ あり]				慢性GVH病：毛髪異常：[なし ・ あり] 慢性GVH病：呼吸障害：[なし ・ あり]				慢性GVH病：口腔粘膜障害：[なし ・ あり] 慢性GVH病：肝機能障害：[なし ・ あり]				
		二次がん：[なし ・ あり] 詳細：()												
		歯牙異常：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()				自己免疫疾患：[なし ・ あり] ()								
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)												

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	17	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〉	2/2
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	骨髓検査：[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 ）			
	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	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]			
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		
医療機関住所		診療科		
		医師名 (印)		
		小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）		