

病名	18から22までに掲げるもののほか、リンパ腫 (具体的な疾病名:)					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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 (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]		発熱: [なし ・ あり]		疼痛: [なし ・ あり]					
		易感染性: [なし ・ あり]		易疲労性: [なし ・ あり]							
		リンパ節腫大:頸部: [なし ・ あり]		リンパ節腫大:腋窩: [なし ・ あり]		リンパ節腫大:鎖骨上窩: [なし ・ あり]					
		リンパ節腫大:縦隔: [なし ・ あり]		リンパ節腫大:肺門部: [なし ・ あり]		リンパ節腫大:傍大動脈: [なし ・ あり]					
		リンパ節腫大:腸間膜: [なし ・ あり]		リンパ節腫大:鼠径: [なし ・ あり]							
	リンパ節腫大:その他: ()										
	消化器	肝腫大 (触診): [なし ・ あり]		脾腫大 (触診): [なし ・ あり]		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	精巣腫大 (男子): [なし ・ あり]		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	中枢神経浸潤: [なし ・ あり]		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: ()								
胸腺腫大: [なし ・ あり]		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	可溶性IL-2レセプター: () U/mL ・ 未実施										
病理検査	芽球比率:骨髓: () % ・ 未実施					末梢血: () % ・ 未実施					
画像検査	超音波検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)								
	部位: ()										
	所見: ()										
	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: ()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	91	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
画像検査	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：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
	遺伝子検査：[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）：（ ）				
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載					
合併症	原病と直接関係しない併発症：[なし ・ あり] 詳細：（ ）				
経過（申請時） ※直近の状況を記載					
積極的治療の施行施設	治療施設：[自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名：（ ）				
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] 頭部： [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 顔面： [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼： [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄： [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部： [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部： [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨盤部： [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢： [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 全身（造血細胞移植）： [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 限定領域（造血細胞移植）： [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				
手術	手術（組織生検を含む）：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：（ ）				
治療	治療（その他）：（ ）				
治療状況	治療状況：[治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中]				
	現在の状態：[初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態（その他）：（ ）				
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		()	