

告示番号		87		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		21 Tリンパ芽球性リンパ腫						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]						
	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]						末梢神経障害 : [なし ・ あり]						
		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		87		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（ ）									