

告示番号		20		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		27 神経芽腫								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																							
症状		全身		発熱：[なし ・ あり]						疼痛：[なし ・ あり]						易出血性：[なし ・ あり]							
				体重減少：[なし ・ あり]						圧迫症状：[なし ・ あり]						局所腫脹 (腫瘍形成)：[なし ・ あり]							
				リンパ節腫大：[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]						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 (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		20		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	骨髄検査：[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（																		