

告示番号		2		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		63 悪性黒色腫						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] 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 (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)													
画像検査	腫瘍マーカー (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)													
	所見: ()													
検査所見 (その他)	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) : ()												

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	2	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
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 ()			