

告示番号		46		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〉		1/3					
病名		24 ランゲルハンス (Langerhans) 細胞組織球症								受付種別		☐ 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日								
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		%	
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																	
最終受診日		(年 月 日)															
症状		全身		発熱：[なし ・ あり]				疼痛：[なし ・ あり]				易出血性：[なし ・ あり]					
				リンパ節腫大：[なし ・ あり]													
		消化器		肝腫大 (触診)：[なし ・ あり]				脾腫大 (触診)：[なし ・ あり]									
		内分泌・代謝		尿崩症：[なし ・ あり]													
		筋・骨格		骨病変：[なし ・ あり]													
		皮膚・粘膜		皮膚症状：[なし ・ あり]													
		精神・神経		中枢神経浸潤：[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]				発熱：[なし ・ あり]				疼痛：[なし ・ あり]					
				易出血性：[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：[なし ・ あり]													
		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		尿崩症：[なし ・ あり]				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]									
				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		皮膚症状：[なし ・ あり]				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 (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		白血球数：()/μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 血小板数：()×10 ⁴ /μL CRP：()mg/dL 可溶性IL-2レセプター：()U/mL ・ 未実施 フィブリノゲン：()mg/dL フェリチン：()ng/mL ・ 未実施															
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：()															
		芽球比率：骨髓：()%・未実施 末梢血：()%・未実施															

上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年	月	日
医療機関所在地	診断年月日	年	月	日
電話番号	診療科			
	医師名			
	小児慢性特定疾病 指定医番号	(		)

医療機関所在地 診断年月日 年 月 日

電話番号

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日

担当自治体

受理日	年	月	日
-----	---	---	---

公費負担者番号

認定結果	[認定 ・ 不認定]
○	認定
△	不認定
×	不認定

研究同意の有無 [有 ・ 無]

受給者番号	受給者番号 () 有効期限	年	月	日
-------	----------------	---	---	---

階層区分 [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]

保險情報

保険者番号 () 被保険者記号 ()

被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()

資格取得年月日 年 月 日