

告示番号		4		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		43 悪性ラブドイド腫瘍						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 転入 → ()			
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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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													
最終受診日		(年 月 日)											
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)											
		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) : ()											

受給者番号（）患者氏名（）2025a-001

告示番号

4

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

成長ホルモン治療の有無：[なし ・ あり]

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（）

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

年

月

日

診断年月日

年

月

日

診療科

医師名

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