

小児慢性特定疾患（悪性新生物）医療意見書

受給者番号		新規(新規診断、転入 <sup>注1)</sup> )		継続、再開	
患者	ふりがな	男	生年	昭和	年 月 日
	氏名	女	月日	平成	(満 歳)
発病	昭・平 年 月頃	初診日	昭・平 年 月 日		
生活状況等	社会活動 (1.就学前 2.就学 3.入院 4.入所 5.その他 ) 日常生活 (1.正常 2.やや不自由であるが独力で可 3.部分介助 4.全面介助) 受診状況 (最近6か月) 1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院 ( /月) 身体障害者手帳 1.有 ( 級) 2.無				
疾患群	01 悪性新生物	病理診断名 <sup>注2)</sup> :			※病名コード ( ) ( )
		原発臓器名			
		FAB分類 : L ( ), M ( )			腫瘍診断コード ( )
		病期、Stage : 1 2 3 4 4s 5			部位コード ( )
現在の症状 : 転移 (無、有) 再発 (無、有)					
重症患者認定申請 (無、有) <sup>注3)</sup> 有の場合は重症患者認定基準① (対象部位別) または② (疾患群別) に該当する症状を記載してください。既に重症患者認定を受けている場合も、同様に基準に該当する症状を記載してください。					
診断の根拠となった主な検査等の結果 継続の場合は現在の状況 数値等を用いて具体的に記載してください。 該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載してください。					
生検 (部位、材料 : ) 骨髄スメア (腫瘍細胞 %) ) 組織特異抗原 (陽性抗原 : ) 細胞組織化学 - - パルオキシダーゼ ( -、±、+ )、エステラーゼ ( -、±、+ )、 その他 ( ) 表面マーカー ( ) 腫瘍マーカー VMA (正常、境界、異常)、HVA (正常、境界、異常)、 NSE (正常、境界、異常)、AFP (正常、境界、異常)、 CEA (正常、境界、異常)、HCG (正常、境界、異常)、 ferritin (正常、境界、異常)、他 ( ) C T : 未実施、実施 (所見 <sup>注4)</sup> : 無、有 ) M R I : 未実施、実施 (所見 : 無、有 ) ) アンギオ : 未実施、実施 (所見 : 無、有 ) ) 染色体検査 : 未実施、実施 (所見 : 無、有 ) ) DNA診断 : 未実施、実施 (所見 : 無、有 ) ) N-myc増幅 : 未実施、実施 (所見 : 無、有 ) ) その他の検査 ( )					
その他の現在の主な所見等 : 合併症 (無、有 )					
経過 (これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果) *神経芽細胞腫の場合 □マスクリング <sup>注5)</sup> で発見 (該当するものの□をレ印) □その他の方法で発見(マスクリング受検 有・無)					
1つに○印 : 治療未開始、治療中、治療終了 (治療終了日 : 平成 年 月 日)					
転帰 1つに○印 : 治癒、寛解、改善、不変、再発、悪化、死亡、判定不能					

注1) 転入の場合は、転入前の都道府県・指定都市・中核市名を記入してください。  
 注2) ALL (急性リンパ性白血病) 及びリンパ腫はTCellかBCellかを記載して下さい。  
 固形腫瘍の新規申請時は、生検後または術後に正確な病理診断名を (別途) 報告してください。  
 注3) 重症患者認定基準を参照の上、記載してください。転移又は再発があり、濃厚な治療を行っている場合、重症患者認定基準② (疾患群別) に該当する場合があります。  
 注4) 「所見」とは、「特記すべき所見」を意味する。  
 ※病名コードは記入しないこと

今後の治療方針											
治療見込期間	入院	平成	年	月	日から平成	年	月	日まで			
	通院	平成	年	月	日から平成	年	月	日(月 回)まで			
療育相談に関する医師の意見		保健所における療育相談の要否： 要 ・ 否									
要の場合、保健所で行ってほしい相談の内容等を記載してください。											
備考											
保健所長 殿											
医療機関の所在地											
平成		年		月		日		名称			
電話番号											
医師氏名							印(科)				
経由保健所名		受付	平成	年	月	日	進達	平成	年	月	日

注) 治療終了後5年経過した場合は、事業対象とならない場合があります。

注) 認定された場合、受給者証は受理日から1年以内の有効期間で交付します。