

〈新規申請用〉 赤枠内のご記入をお願いします。

2023a-001

告示番号	23	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	13 慢性骨髄性白血病			受付種別 <input type="checkbox"/> 新規		
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位番号 () 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 () 丁目地番 ()					
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	在胎週数	日		
発症時期	年 月 日	診断時の年齢	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	肥満度
手術取調状況	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)					
現状	全身	発熱: [なし・あり]		疼痛: [なし・あり]		出血性: [なし・あり]
		リンパ腫大: [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]		
	腎・泌尿器	腎臓腫大 (男子): [なし・あり]				
	精神・神経	中枢神経浸潤: [なし・あり]				
その他	胸腺腫大: [なし・あり] 症状 (その他): ()					
臨床所見 (中絶時)	※最近の状況を記載					
現状	全身	体重長 (-2.0SD以下): [なし・あり]		発熱: [なし・あり]		疼痛: [なし・あり]
		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	性腺機能低下: [なし・あり]		副甲状腺異常: [なし・あり]		甲状腺機能低下: [なし・あり]
	腎・泌尿器	腎臓腫大 (男子): [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]				
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]	未病神経障害: [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・独立立・歩歩・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): ()					

〈継続申請用〉 赤枠内のご記入をお願いします。

2023a-001

告示番号	83	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	13 慢性骨髄性白血病				受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位番号 () 資格取得年月日 年 月 日						
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)		
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		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)		
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	BMI
手術取得状況	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)			療養手帳	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	
臨床所見 (中略時) ※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]		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	性腺機能低下: [なし・あり]		副甲状腺異常: [なし・あり]		甲状腺機能低下: [なし・あり]	
	腎・泌尿器	腎臓腫大 (男子): [なし・あり]		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]		呼吸器障害: [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	中枢神経浸潤: [なし・あり]		白質浸潤: [なし・あり]		拘縮: [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・重症・最重度・不明]						
	移動障害: [なし・走行・独立歩行・介助歩行・独立立位・伝歩・坐位 (移動可)・坐位 (移動不可)・横這り・横たきり・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:呼吸器障害: [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 (中略時) ※直近の状況を記載							
血液検査	白血球数: () / μ L		ヘモグロビン (Hb): () g/dL		血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L		
網膜検査	芽球比率: 骨髄: () % ・ 末葉		末梢血: () % ・ 末葉				
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)		()		
	所見: ()						
	遺伝子検査: [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): ()						
その他の所見 (中略時) ※直近の状況を記載							
合併症	原病と直接関係しない併発症: [なし・あり]						
	詳細: ()						