

病名	1 前駆B細胞急性リンパ性白血病			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
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	%
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() 支援学校(小中学部・専攻科を含む) 高等専門学校・専門 職(就学中の就労も含む)・未就学 その他 ()			別紙の重症患者認定基準に該当しない場合は「しない」を選択してください。		
手帳取得状況	身体障害者手帳	4級・5級・6級		別紙の重症患者認定基準に該当しない場合は「しない」を選択してください。		
	精神障害者保健福祉手帳	なし・あり(等級 1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	

人工呼吸器等装着者認定を申請される場合は、別紙申請書を作成してください。

別紙の重症患者認定基準に該当しない場合は「しない」を選択してください。

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	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	精巣腫大 (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 (申請時) ※直近の状況を記載

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
病理検査	芽球比率:骨髓: ()% ・ 未実施	末梢血: ()% ・ 未実施	
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 (申請時) ※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: ()
-----	-------------------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

積極的治療の 施行施設	治療施設: [自施設 ・ 他施設 ・ 不明] 他施設名: ()
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] 頭部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 顔面: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 眼: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 脊髄: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 胸部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 腹部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 骨髄部: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 四肢: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 全身 (造血細胞移植): [未実施 ・ 実施予定]
手術	手術 (組織生検を含む): [未実施 ・ 実施予定] 実施日: (年 月 日) 術式: ()
治療	治療 (その他): ()
治療状況	治療状況: [治療未開始 ・ 原病治療中 ・ 原病の治療終了、合併症治療中 ・ 治療終了、経過観察中] 現在の状態: [初回治療中、寛解未確認 ・ 第一寛解期 ・ 第一再発 ・ 第二寛解期 ・ その他] 現在の状態 (その他): ()
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) 治療終了者に対する計画的フォローアップ: () 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]

現在行っている治療内容、治療状況について記載ください。

治療見込み期間は2021年10月1日から2022年9月30日までの期間です

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 (_____)

必ず、現在有効な指定医番号を記載してください。

C3 () 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書 (継続申請用)

病名	内分泌疾患：成長ホルモン分泌不全性低身長症 (脳の器質的原因によるものに限る。)				
受給者番号		受診日	年 月 日		
ふりがな	成長ホルモン治療を行う場合はこちらの意見書の提出も必要です。				
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

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

	開始時	約1年前	約半年前	最近
測定年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
身長	cm ()SD	cm ()SD	cm ()SD	cm ()SD
体重	kg ()SD	kg ()SD	kg ()SD	kg ()SD
治療開始前1年間の 年間身長増加率	cm/年			
骨年齢 (測定日)				歳 か月
				年 月 日
二次性徴	(なし ・ あり)	(なし ・ あり)	(なし ・ あり)	(なし ・ あり)
成長ホルモン投与量 (mg/kg/週)				
併用薬① (薬剤名、投与量)				
併用薬② (薬剤名、投与量)				
併用薬③ (薬剤名、投与量)				
併用薬④ (薬剤名、投与量)				
併用薬⑤ (薬剤名、投与量)				

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	成長ホルモン治療：治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 判定不能]
有害事象	有害事象 (成長ホルモン治療と関連あり)：[なし ・ あり] 詳細：()
	有害事象 (成長ホルモン治療以外)：[なし ・ あり] 詳細：()

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	()	