

様式第2号その1(第7条、第13条関係) (表面)  
**小児慢性特定疾患(悪性新生物)医療意見書** (平成 年度)

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 氏 名	男 女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
発病	平成 年 月 頃		初診日	平成 年 月 日	
疾患 群	01 悪性 新生物	病理診断名 <sup>注2)</sup> : ICD ( ) 原発臓器名: F A B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 (有、無)					
診断の根拠となった主な検査等の結果(数値等を用いて具体的に記載、継続の場合は現在の状況) 該当するものに○を付け、必要な場合( )に記載してください。					
生検 (部位、材料: ) 骨髄スメアー (腫瘍細胞 %)					
組織特異抗原 (陽性抗原: )					
細胞組織化学 ペルオキシダーゼ ( - , ± , + ) 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) A F P (正常、境界、異常) CEA (正常、境界、異常) H C G (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3)</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)					
D N A診断: 未実施、実施 (所見: 無、有)					
N - m y c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どちらかに○印: マススクリーニングで発見、その他で発見(マススクリーニング受検 有・無)					
1つに○印: 治療未開始、治療中、治療終了( 年 月 日 ) 1つに○印: 治癒、寛解、改善、不変、再発、悪化、死亡、判定不能					
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 日まで(月 回)			
上記のとおり診断する。		医療機関所在地 名称 科 平成 年 月 日 医師氏名 印			

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) A L L及びリンパ腫は、T c e l lかB c e l lを記載してください。固形腫瘍の新規申請時  
 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) 「所見」とは、「特記すべき所見」を意味する。