

認定審査には医療意見書の **一 枠** で囲われた項目に記入が必要です。

告示番号		80		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)		1/2		
病名	1 前駆B細胞急性リンパ性白血病					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日						
ふりがな	受給者の基本情報が記入されているかご確認ください。					新様式となっているかご確認ください。 ※ 新様式は「新規」と「更新・転入」は、別になっています。 ※ 旧様式での申請は受付できませんのでご注意ください。				
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			
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	肥満度	%			
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(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( )									
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				行動制限の必要性		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										
症状	全身	発熱:[ なし・あり ]		疼痛:[ なし・あり ]						
	消化器	リンパ節腫大:[ なし・あり ]		脾腫大(触診):[ なし・あり ]						
	腎・泌尿器	精巣腫大(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 (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 ]		易疲労性:[ なし・あり ]
	消化器	リンパ節腫大:[ なし・あり ]		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 ]		
	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 ]		
	耳鼻咽喉	聴力障害:[ 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 ]		
	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 (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

血液検査	白血球数:( )/μL	ヘモグロビン (Hb):( )g/dL	血小板数:( )×10 <sup>4</sup> /μL
病理検査	骨髓検査:[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日:( 年 月 日 )	
	所見:( )		
	芽球比率:骨髓:( )% ・ 未実施	末梢血:( )% ・ 未実施	
細胞表面抗原検査	リンパ球サブセット解析:[ 未実施 ・ 実施 ]		
	陽性抗原:( )		
	陰性抗原:( )		
画像検査	画像検査:[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日:( 年 月 日 )	
	部位:( )		
	所見:( )		
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):( )		

疾病の認定に関する項目です。  
必ずご記入ください。  
※ 認定基準については、別添②を参照ください。

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 <sup>4</sup> /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 ]
	骨盤部:	[ 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 ・ 実施済 ]	限定領域	
手術	手術 (組織生検を含む): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日:( 年 月 日 )	術式:( )	
治療	治療 (その他):( )			

疾病の認定及び重症患者認定に関する項目です。  
必ずご記入ください。  
※ 認定基準については、別添①, ②をご参照ください。

治療状況

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

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	

成長ホルモン治療申請の有無:[ なし ・ あり ]

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 ( )	

必ずご記入ください。  
※ 認定期間中に20歳を迎える受給者については、  
誕生日の前日を終了日として記入してください。

## ■ 人工呼吸器等装着者の基準

○厚生労働大臣が定める者(平成二十六年十二月十一日)(厚生労働省告示第四百六十二号)

児童福祉法施行令(昭和二十三年政令第七十四号)第二十二條の規定に基づき、厚生労働大臣が定める者を次のように定め、平成二十七年一月一日から適用する。

厚生労働大臣が定める者

一～二 略

三 令第二十二條第一項第六号の人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする者として厚生労働大臣が定めるものは、長期にわたり継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等であって、日常生活動作が著しく制限されているものとする。

## ■ 重症患者認定基準

- ① すべての疾病に関して、次に掲げる症状の状態のうち、1つ以上がおおむね6か月以上継続する(小児慢性特定疾病に起因するものに限る)と認められる場合

対象部位	症状の状態
眼	眼の機能に著しい障害を有するもの(視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの)
聴器	聴覚機能に著しい障害を有するもの(両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの)
上肢	両上肢の機能に著しい障害を有するもの(両上肢の用を全く廃したもの)
	両上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの(両上肢の全ての指を基部から欠いているもの又は両上肢の全ての指の機能を全く廃したもの)
	一上肢の機能に著しい障害を有するもの(一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの又は一上肢の用を全く廃したもの)
下肢	両下肢の機能に著しい障害を有するもの(両下肢の用を全く廃したもの)
	両下肢を足関節以上で欠くもの
体幹・脊柱	1歳以上の児童において、体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの(1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら若しくは横座りのいずれもができないもの又は、臥位若しくは座位から自力のみでは立ち上がれず、他人、柱、杖、その他の器物の介護若しくは補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障害を有するもの)
肢体の機能	身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が、この表の他の項(眼の項及び聴器の項を除く。)の症状の状態と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの(一上肢及び一下肢の用を全く廃したもの又は四肢の機能に相当程度の障害を残すもの)

- ② ①に該当しない場合であって、次に掲げる治療状況等の状態にあると認められる場合

疾患群	治療状況等の状態
悪性新生物	転移又は再発があり、濃厚な治療を行っているもの

## ■ 疾病の認定基準(疾病の状態の程度)

細分類	番号	疾病名	疾病の状態の程度
1 前駆B細胞急性リンパ性白血病	80	前駆B細胞急性リンパ性白血病	組織と部位が明確に診断されている場合。治療終了後から5年を経過した場合は対象としないが、再発等が認められた場合は、再度対象とする。

## 【補足※】

- 1 悪性新生物は、組織と部位を明確にし、正確な診断がついた疾病が医療費助成の対象となる。また、治療終了後5年経過した場合は医療費助成の対象としない。その後再発した場合は改めて医療費助成の申請が必要となる。
- 2 悪性新生物において、再発や転移の可能性があり経過観察を行っている場合も治療の一環として医療費助成の対象として差し支えない。
- 3 「疾病の状態の程度」の「治療終了」の時点は、抗腫瘍薬の投与や手術等の治療が終了し、悪性新生物治療による障害が無い又は軽微であるため、後遺症等に対する治療が不要な状態と医師が判断した時点とする。
- 4 「疾病の状態の程度」の「再発等」の「等」には転移の場合が含まれる。

※ 「児童福祉法第六条の二第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める小児慢性特定疾病及び同条第二項の規定に基づき当該小児慢性特定疾病ごとに厚生労働大臣が定める疾病の状態の程度(平成26年厚生労働省告示第475号)」についてから抜粋