

告示番号		14		内分泌疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉										1/2							
病名		33から36までに掲げるもののほか、クッシング（Cushing）症候群 (具体的な疾病名：)										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							
				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										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 (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]										高血圧 : [なし ・ あり]				浮腫 : [なし ・ あり]			
		内分泌・代謝		月経異常 (女子のみ) : [なし ・ あり]										耐糖能異常 : [なし ・ あり]				骨粗鬆症 : [なし ・ あり]			
				中心性肥満または水牛様脂肪沈着 : [なし ・ あり]																	
		筋・骨格		筋力低下 : [なし ・ あり]																	
		皮膚・粘膜		皮膚線条 : [なし ・ あり]										痤瘡 : [なし ・ あり]				多毛症 : [なし ・ あり]			
				色素沈着 : [なし ・ あり]										皮下溢血 : [なし ・ あり]				皮膚菲薄化 : [なし ・ あり]			
精神・神経		精神異常 : [なし ・ あり]																			
その他		満月様顔貌 : [なし ・ あり]																			
		症状 (その他) : ()																			
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載																					
負荷試験		デキサメサゾン抑制試験 (0.5 mg) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) コルチゾール前値 : ()µg/dL コルチゾール負荷後 : ()µg/dL																			
		デキサメサゾン抑制試験 (8mg) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) コルチゾール前値 : ()µg/dL コルチゾール負荷後 : ()µg/dL																			
尿検査		尿中遊離コルチゾール : ()µg/day ・ 未実施																			
血液検査		コルチゾール : ()µg/dL ACTH : ()pg/mL																			
画像検査		CTまたはMRI検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 下垂体腺腫 : [なし ・ あり]																			
		超音波検査またはCTまたはMRI検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 副腎腫瘍 : [なし ・ あり] 両側副腎皮質過形成 : [なし ・ あり]																			
		シンチグラフィ (副腎) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()																			
		画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()																			
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載																					
合併症		合併症 : [なし ・ あり] 詳細 : ()																			
経過 (申請時) ※直近の状況を記載																					
薬物療法		補充療法 : [なし ・ あり] 詳細 : ()																			
		機能抑制療法 : [なし ・ あり] 詳細 : ()																			
		薬物療法 (その他) : ()																			

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	14	内分泌疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉										2/2
手術	手術：[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）：()											
今後の治療方針	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								
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 ()											