

告示番号		12		内分泌疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		35 副腎腺腫						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
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 (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		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) : ()									
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 (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													
負荷試験		CRH負荷試験 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) ACTH基礎値 : ()pg/mL ACTH頂値 : ()pg/mL											
		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]											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	12	内分泌疾患（ ） 年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2
画像検査	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：（ ）			
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載				
負荷試験	CRH負荷試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） ACTH基礎値：（ ）pg/mL ACTH頂値：（ ）pg/mL			
	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]			
	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）：（ ）			
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 （ ）		