

告示番号		6		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		3 下垂体性巨人症						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													
二次性徴 (Tanner分類)		二次性徴：[なし ・ あり] 思春期開始年齢：(歳 か月) 乳房発育 (女子のみ)：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時)：(歳 か月) 陰毛発育 (男女共)：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時)：(歳 か月) 外性器発達 (男子のみ)：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時)：(歳 か月) 精巣容量：()mL											
症状	全身	著明な身長増加：[なし ・ あり] 高血圧：[なし ・ あり] 先端巨大：[なし ・ あり] 発汗過多：[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]											
	呼吸器・循環器	睡眠時無呼吸：[なし ・ あり]											
	精神・神経	頭痛：[なし ・ あり]											
	眼	視野障害：[なし ・ あり]											
	その他	咬合不全：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
二次性徴 (Tanner分類)		二次性徴：[なし ・ あり] 思春期開始年齢：(歳 か月) 乳房発育 (女子のみ)：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時)：(歳 か月) 陰毛発育 (男女共)：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時)：(歳 か月) 外性器発達 (男子のみ)：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時)：(歳 か月) 精巣容量：()mL											
症状	全身	著明な身長増加：[なし ・ あり] 高血圧：[なし ・ あり] 先端巨大：[なし ・ あり] 発汗過多：[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]											
	呼吸器・循環器	睡眠時無呼吸：[なし ・ あり]											
	精神・神経	頭痛：[なし ・ あり]											
	眼	視野障害：[なし ・ あり]											
	その他	咬合不全：[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		ブドウ糖経口負荷試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) GH最低値 (補正值)：()ng/mL IGF-1 (ソマトメジンC)：()ng/mL											
骨年齢		骨年齢 : [未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 骨年齢：(歳 か月)											
画像検査		単純X線検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) トルコ鞍の拡大・破壊：[なし ・ あり] 副副鼻腔の拡大：[なし ・ あり] 外後頭隆起の突出：[なし ・ あり] 下顎角の開大と下顎の突出：[なし ・ あり]											
		単純X線検査 (骨)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 手指末節骨の花キャベツ様肥大変形：[なし ・ あり] 足底部軟部組織厚heel padの増大：[なし ・ あり]											
		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]											
		検査所見 (その他) 検査所見 (その他)：()											

受給者番号() 患者氏名()

告知番号	6	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
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載							
骨年齢	骨年齢：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 骨年齢：(歳 か月)						
画像検査	単純X線検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) トルコ鞍の拡大・破壊：[なし ・ あり] 副副鼻腔の拡大：[なし ・ あり] 外後頭隆起の突出：[なし ・ あり] 下顎角の開大と下顎の突出：[なし ・ あり]						
	単純X線検査（骨）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 手指末節骨の花キャベツ様肥大変形：[なし ・ あり] 足底部軟部組織厚heel padの増大：[なし ・ あり]						
	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]						
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	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 ()			