

告示番号		65		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		85 多発性内分泌腫瘍2型（シップル（Sipple）症候群）								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規									
受給者番号				受診日		年		月						日							
ふりがな						(変更があった場合)															
氏名						ふりがな															
(Alphabet)						(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		肥満度					
				年		月				日		年								月	
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																					
病型		MEN2A ・ MEN2B ・ 家族性甲状腺髄様癌 (FMTC)																			
症状		全身		Marfan 症候群様体型：[なし ・ あり]																	
		内分泌・代謝		副甲状腺機能亢進症 (原発性)：[なし ・ あり]																	
				内分泌腫瘍：甲状腺髄様癌：[なし ・ あり] 褐色細胞腫：[なし ・ あり]																	
				粘膜神経腫：[なし ・ あり]																	
				内分泌腫瘍 (その他)：()																	
その他		症状 (その他)：()																			
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
症状		全身		Marfan 症候群様体型：[なし ・ あり]																	
		内分泌・代謝		副甲状腺機能亢進症 (原発性)：[なし ・ あり]																	
				内分泌腫瘍：甲状腺髄様癌：[なし ・ あり] 褐色細胞腫：[なし ・ あり]																	
				粘膜神経腫：[なし ・ あり]																	
				内分泌腫瘍 (その他)：()																	
その他		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																					
画像検査		超音波検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)																			
		所見：()																			
		単純X線検査 (骨)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)																			
		部位：()																			
		所見：()																			
MRI 検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)																					
所見：()																					
MRI 検査 (腹部)：[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：()																					
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) RET 遺伝子異常：[なし ・ あり]																			
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：()																			
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
画像検査		超音波検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)																			
		所見：()																			

受給者番号（）患者氏名（）

告示番号	65	内分泌疾患（ <div></div> ）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	単純X線検査（骨）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 部位：（ <div></div> ） 所見：（ <div></div> ）			
	MRI 検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 所見：（ <div></div> ）			
	MRI 検査（腹部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 所見：（ <div></div> ）			
	画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 部位：（ <div></div> ） 所見：（ <div></div> ）			
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） RET 遺伝子異常：[なし ・ あり] 所見（その他）：（ <div></div> ）			
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（ <div></div> ）			
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載				
合併症	卵巣腫瘍：[なし ・ あり] 皮膚アミロイド苔癬：[なし ・ あり] Hirschsprung 病：[なし ・ あり] 合併症（その他）：（ <div></div> ）			
家族歴	一度近親者（親、子、同胞）に確実な本疾患の診断：[なし ・ あり ・ 不明] 家系内に4人以上の甲状腺髄様癌患者（かつ甲状腺髄様癌以外のMEN2 関連病変を有さない）の集積：[なし ・ あり ・ 不明]			
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：（ <div></div> ）			
	機能抑制療法：[なし ・ あり] 詳細：（ <div></div> ）			
	薬物療法（その他）：（ <div></div> ）			
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 術式：（ <div></div> ）			
治療	治療（その他）：（ <div></div> ）			
今後の治療方針	今後の治療方針：（ <div></div> ）			
	治療見込み期間（入院）	開始日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）	終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）	通院頻度（ <div></div> ）回／月
治療見込み期間（外来）	開始日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）	終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）		
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			
医療機関住所	年 月 日			
	診療科			
	医師名			
	小児慢性特定疾病 指定医番号（ <div></div> ）			
	(印)			