

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		35 副腎腺腫						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	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 : ( )												

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〈継続申請用〉	2/2
薬物療法	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	( )		