

告示番号		64		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		84 多発性内分泌腫瘍1型（ウェルマー（Wermer）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 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		肥満度				%	
				年		月				日		年									
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		内分泌・代謝		副甲状腺機能亢進症 (原発性) : [ なし ・ あり ]																	
				膵消化管内分泌腫瘍: ガストリノーマ: [ なし ・ あり ]      インスリノーマ: [ なし ・ あり ]      グルカゴノーマ: [ なし ・ あり ]																	
				膵消化管内分泌腫瘍 (その他): ( )																	
				下垂体腺腫: プロラクチノーマ: [ なし ・ あり ]      GH産生腫瘍: [ なし ・ あり ]      ACTH産生腫瘍: [ なし ・ あり ]																	
				下垂体腺腫 (非機能性): [ なし ・ あり ]																	
		下垂体腺腫 (その他): ( )																			
				腫瘍 (その他): 血管線維腫: [ なし ・ あり ]      コラゲノーマ: [ なし ・ あり ]      胸腺カルチノイド: [ なし ・ あり ]																	
				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		内分泌・代謝		副甲状腺機能亢進症 (原発性) : [ なし ・ あり ]																	
				膵消化管内分泌腫瘍: ガストリノーマ: [ なし ・ あり ]      インスリノーマ: [ なし ・ あり ]      グルカゴノーマ: [ なし ・ あり ]																	
				膵消化管内分泌腫瘍 (その他): ( )																	
				下垂体腺腫: プロラクチノーマ: [ なし ・ あり ]      GH産生腫瘍: [ なし ・ あり ]      ACTH産生腫瘍: [ なし ・ あり ]																	
				下垂体腺腫 (非機能性): [ なし ・ あり ]																	
		下垂体腺腫 (その他): ( )																			
				腫瘍 (その他): 血管線維腫: [ なし ・ あり ]      コラゲノーマ: [ なし ・ あり ]      胸腺カルチノイド: [ なし ・ あり ]																	
				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 )																			
		所見: ( )																			
検査所見 (その他)		検査所見 (その他): ( )																			

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	64	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							
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 ) 所見：(      )						
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：(      )						
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 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 医療機関住所				記載年月日      年      月      日  診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号      (      )			
				(印)			