

告示番号		10		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		34 異所性副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 産生症候群								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]											
		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) : ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	10	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
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 ()											