

告示番号		11		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		33 クッシング (Cushing) 病						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													
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) : ( )									
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 (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		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		白血球数 : ( )/µL 好酸球 : ( )% 総コレステロール : ( )mg/dL 血清K : ( )mEq/L コルチゾール : ( )µg/dL ACTH : ( )pg/mL HbA <sub>1c</sub> : ( )%											
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 : [ 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 ]											
		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 ]											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号 **11** 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

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：( ) $\mu\text{g/day}$ ・ 未実施
-----	--

血液検査	白血球数：( )/μL	好酸球：( )%	総コレステロール：( )mg/dL	血清K：( )mEq/L
	コルチゾール：( )μg/dL	ACTH：( )pg/mL	HbA <sub>1c</sub> ：( )%	

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：[ 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 ]
	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 ]

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）：( )

[illegible]

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	(		)