

告示番号		6		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	3 下垂体性巨人症							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		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													
二次性徴 (Tanner分類)	二次性徴:[なし ・ あり] 思春期開始年齢:(歳 か月) 乳房発育 (女子のみ): [I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時):(歳 か月) 陰毛発育 (男女共): [I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時):(歳 か月) 外性器発達 (男子のみ): [I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時):(歳 か月) 精巣容量:()mL												
症状	全身	著明な身長増加:[なし ・ あり] 高血圧:[なし ・ あり] 先端巨大:[なし ・ あり] 発汗過多:[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]											
	呼吸器・循環器	睡眠時無呼吸:[なし ・ あり]											
	精神・神経	頭痛:[なし ・ あり]											
	眼	視野障害:[なし ・ あり]											
	その他	咬合不全:[なし ・ あり] 症状 (その他):()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
二次性徴 (Tanner分類)	二次性徴:[なし ・ あり] 思春期開始年齢:(歳 か月) 乳房発育 (女子のみ): [I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時):(歳 か月) 陰毛発育 (男女共): [I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時):(歳 か月) 外性器発達 (男子のみ): [I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時):(歳 か月) 精巣容量:()mL												
症状	全身	著明な身長増加:[なし ・ あり] 高血圧:[なし ・ あり] 先端巨大:[なし ・ あり] 発汗過多:[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]											
	呼吸器・循環器	睡眠時無呼吸:[なし ・ あり]											
	精神・神経	頭痛:[なし ・ あり]											
	眼	視野障害:[なし ・ あり]											
	その他	咬合不全:[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	ブドウ糖経口負荷試験:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) GH最低値 (補正值):()ng/mL IGF-1 (ノマトメジンC):()ng/mL												
骨年齢	骨年齢 : [未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 骨年齢:(歳 か月)												
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・破壊:[なし ・ あり] 副鼻腔の拡大:[なし ・ あり] 外後頭隆起の突出:[なし ・ あり] 下顎角の開大と下顎の突出:[なし ・ あり]												
	単純X線検査 (骨): [未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 手指末節骨の花キャベツ様肥大変形:[なし ・ あり] 足底部軟部組織厚heel padの増大:[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]												
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

骨年齢	骨年齢 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	骨年齢 : (歳 か月)
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・破壊 : [なし ・ あり]	副鼻腔の拡大 : [なし ・ あり]	外後頭隆起の突出 : [なし ・ あり]
	下顎角の開大と下顎の突出 : [なし ・ あり]		
画像検査	単純X線検査 (骨) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	
	手指末節骨の花キャベツ様肥大変形 : [なし ・ あり]	足底部軟部組織厚heel padの増大 : [なし ・ あり]	
検査所見 (その他)	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]

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 : ()
-----	-------------------	----------

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 _____ 記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関住所 _____

診療科 _____

医師名 _____

小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)