

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						
保険情報	保険者番号 ( )		被保険者記号 ( )		被保険者番号 ( )		被保険者個人単位枝番 ( )								
	資格取得年月日		年	月	日										
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)								
住所	郵便番号 ( - )		都道府県 ( )		市区町村 ( )		丁目番地等 ( )								
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定								
出生地	都道府県 ( )		市区町村 ( )												
出生体重	g		出生週数	在胎 週		日									
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満 歳		か月			日			
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	%					
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	治療 ・ 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															
最終受診日	( 年 月 日 )														
二次性徴 (Tanner分類)	二次性徴: [ なし ・ あり ]		思春期開始年齢: ( 歳 月 )		乳房発育 (女子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]		年齢 (発現時): ( 歳 月 )		陰毛発育 (男女共): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]		年齢 (発現時): ( 歳 月 )		外性器発達 (男子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]	年齢 (発現時): ( 歳 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 月 )		乳房発育 (女子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]		年齢 (発現時): ( 歳 月 )		陰毛発育 (男女共): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]		年齢 (発現時): ( 歳 月 )		外性器発達 (男子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]	年齢 (発現時): ( 歳 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 (ソマトメジンC): ( )ng/mL								
骨年齢	骨年齢: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		骨年齢: ( 歳 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 ]						
	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) : ( )
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
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 ( )
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
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日
電話番号	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日