

告示番号		55		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	4 先端巨大症							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		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) 外生殖器発達 (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	高血圧: [なし ・ あり]			発汗過多: [なし ・ あり]			手足の容積の増大: [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]			感覚障害 (手根管症候群): [なし ・ あり]								
	眼	視野障害: [なし ・ あり]											
その他	咬合不全: [なし ・ あり]			先端巨大症様顔貌: [なし ・ あり]			巨大舌: [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) 外生殖器発達 (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	高血圧: [なし ・ あり]			発汗過多: [なし ・ あり]			手足の容積の増大: [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]			感覚障害 (手根管症候群): [なし ・ あり]								
	眼	視野障害: [なし ・ あり]											
その他	咬合不全: [なし ・ あり]			先端巨大症様顔貌: [なし ・ あり]			巨大舌: [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 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] 部位: [真皮内 ・ 不明]												
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]
	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] 部位: [真皮内 ・ 不明]
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 ()