

病名	<b>4 先端巨大症</b>				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	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							
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	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 ]	
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 )		外後頭隆起の突出: [ なし ・ あり ]		
	トルコ鞍の拡大・破壊: [ なし ・ あり ]		副鼻腔の拡大: [ 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 )		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			(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )			