

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 (継続申請用) **1/2**

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 → ( )		
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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)			
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		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							
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 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 ]	
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 ]						
検査所見 (その他)	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
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