

告示番号		11		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)		1/3		
病名	33 クッシング (Cushing) 病					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)									
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]			高血圧: [なし ・ あり]			浮腫: [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]			骨粗鬆症: [なし ・ あり]		
		中心性肥満または水牛様脂肪沈着: [なし ・ あり]								
	筋・骨格	筋力低下: [なし ・ あり]								
	皮膚・粘膜	皮膚線条: [なし ・ あり]			痤瘡: [なし ・ あり]			多毛症: [なし ・ あり]		
		色素沈着: [なし ・ あり]			皮下溢血: [なし ・ あり]			皮膚菲薄化: [なし ・ あり]		
精神・神経	精神異常: [なし ・ あり]									
その他	満月様顔貌: [なし ・ あり]									
	症状 (その他): ()									
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]			高血圧: [なし ・ あり]			浮腫: [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]			骨粗鬆症: [なし ・ あり]		
		中心性肥満または水牛様脂肪沈着: [なし ・ あり]								
	筋・骨格	筋力低下: [なし ・ あり]								
	皮膚・粘膜	皮膚線条: [なし ・ あり]			痤瘡: [なし ・ あり]			多毛症: [なし ・ あり]		
		色素沈着: [なし ・ あり]			皮下溢血: [なし ・ あり]			皮膚菲薄化: [なし ・ あり]		
精神・神経	精神異常: [なし ・ あり]									
その他	満月様顔貌: [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	CRH負荷試験: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)							
	ACTH基礎値: ()pg/mL		ACTH頂値: ()pg/mL							
	デキサメサゾン抑制試験 (0.5 mg): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)							
	コルチゾール前値: ()μg/dL		コルチゾール負荷後: ()μg/dL							
	デキサメサゾン抑制試験 (8mg): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)							
	コルチゾール前値: ()μg/dL		コルチゾール負荷後: ()μg/dL							
尿検査	尿中遊離コルチゾール: ()μg/day ・ 未実施									
血液検査	白血球数: ()/μL		好酸球: ()%		総コレステロール: ()mg/dL		血清K: ()mEq/L			
	コルチゾール: ()μg/dL		ACTH: ()pg/mL		HbA _{1c} : ()%					
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: [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]			
	超音波検査またはCTまたはMRI検査 (腹部): [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)		副腎腫瘍: [なし ・ あり]			

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

負荷試験	CRH負荷試験: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) ACTH基礎値: ()pg/mL ACTH頂値: ()pg/mL
	デキサメサゾン抑制試験 (0.5 mg): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) コルチゾール前値: ()μg/dL コルチゾール負荷後: ()μg/dL
	デキサメサゾン抑制試験 (8mg): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) コルチゾール前値: ()μg/dL コルチゾール負荷後: ()μg/dL
尿検査	尿中遊離コルチゾール: ()μg/day ・ 未実施
血液検査	白血球数: ()/μL 好酸球: ()% 総コレステロール: ()mg/dL 血清K: ()mEq/L コルチゾール: ()μg/dL ACTH: ()pg/mL HbA _{1c} : ()%
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: [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]
	超音波検査またはCTまたはMRI検査 (腹部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 副腎腫瘍: [なし ・ あり]

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