

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)		1/2			
病名	33 クッシング (Cushing) 病					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	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											
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]					
	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]		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]					
	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]		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(0.5mg): [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	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						
画像検査	コルチゾール: () µg/dL		ACTH: () pg/mL		HbA _{1c} : () %						
	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
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 ()