

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 (継続申請用)		1/2			
病名	33 クッシング (Cushing) 病					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	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											
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]		皮膚菲薄化: [なし・あり]			
		色素沈着: [なし・あり]		皮下溢血: [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(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(0.5mg): [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								
	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 ()