

告示番号		10		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	34 異所性副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 産生症候群								受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
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 (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]					
		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 (8 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										
尿検査	尿中遊離コルチゾール : () μg/day ・ 未実施												
血液検査	コルチゾール : () μg/dL						ACTH : () pg/mL						
画像検査	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]				

告示番号 **10** 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) **2/2**

画像検査	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	部位: ()	
	所見: ()	
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	コルチゾール: ()µg/dL ACTH: ()pg/mL	
画像検査	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]	
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	
	部位: ()	
	所見: ()	
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 ()	