

| 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) |  | 1/3  |  |
|---|---|--|---------------------|----------------------|--------------------|----------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------|------------------------|--|------|--|
| 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 |                        |  |      |  |
| 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)<br>(姓)                           |  |                     | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |                    |                      | (セイメイ)<br>(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<br>(測定日)                             | cm ( SD)                                   |                     |                      | 体重<br>(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                                    | 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) |     | 2/3   |   |
|------------------------|---|-------------|-------|---------------------------|-----|-------|---|
| 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   |                           |     |       |   |
| 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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |