

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 (継続申請用)		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"/> 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			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 (0.5 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 ()