

告示番号		12		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	35 副腎腺腫							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		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 (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	シンチグラフィ (副腎): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	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]
	シンチグラフィ (副腎): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	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 ()		