

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 (継続申請用)		1/2	
病名	35 副腎腺腫							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						(変更があった場合)		ふりがな					
氏名						(Alphabet)		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 ]				
		色素沈着 : [ なし ・ あり ]					皮下出血 : [ 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 ( 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	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 ( )