

告示番号	13	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	36 副腎皮質結節性過形成					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	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	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									
負荷試験	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] 両側副腎皮質過形成: [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: ()									

告示番号 13 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	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] 両側副腎皮質過形成: [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 ()	