

| 告示番号                                    |   | 14   |                        | 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                                      | 37 33から36までに掲げるもののほか、クッシング (Cushing) 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) (姓名)   |  | 以前の登録氏名 (変更のある場合)      |                    | (セイメイ) (姓名)          |                        |                             |     |  |
| 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 (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                    | %                           |     |  |
| 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 |   |  |                        |                    |                      |                        |                             |     |  |
| 具体的な疾病名                                 | ( )   |  |                        |                    | 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                                    | 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   |                    |                      |                        |                             |     |  |
| 尿検査                                     | 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   |                    |                      |                        |                             |     |  |
| 血液検査                                    | 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: ( )                                    |                        |                    |                      |                        |                             |     |  |

| 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 )<br>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 )<br>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 )<br>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 )<br>所見 : ( )  |
|                        | 画像検査 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>部位 : ( )<br>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 ]<br>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 ]<br>詳細 : ( )   |
|                        | 機能抑制療法 : [ なし ・ あり ]<br>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 )<br>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 )<br>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 ) ・<br>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 ・<br>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 |