

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 (継続申請用)		1/2	
病名	33から36までに掲げるもののほか、クッシング (Cushing) 症候群 (具体的な疾病名:)					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 以前の登録氏名 (Alphabet)	
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
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]	
	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 (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 ()