

告示番号 **42** 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)

病名	73 VIP産生腫瘍			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 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 (申請時) ※直近の状況を記載						
症状	消化器	水様下痢: [ なし ・ あり ]				
	皮膚・粘膜	皮膚紅潮: [ なし ・ あり ]				
	その他	低カリウム血症: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
血液検査	血清K: ( ) mEq/L		VIP: ( ) pg/mL ・ 未実施			
画像検査	CTまたはMRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )			
	部位: ( )		所見: ( )			
	内視鏡検査 (消化管): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )			
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 (その他)	検査所見 (その他): ( )					
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	( )	